Tom I. *Grudzień 1899.* № 12.

CZASOPISMO LEKARSKIE

Z oddziału chirurgicznego D-ra med. Alfreda Kruschego w szpitalu powiatowym łódzkim, Ś-go Aleksandra.

O wolnych krwotokach brzusznych w przebiegu ciąży zamacicznej.

Podał Dr. **Czesław Stankiewicz.**

Z pośród spraw, będących na dobie, wybitne miejsce przypada w udziale ciąży zamacicznej. Szybkie postępy chirurgji brzusznej, na równi z udoskonaleniem badania ginekologicznego, dokonały przewrotu w poglądach na częstość tej sprawy. Ciąża zamaciczna traci coraz bardziej ów urok wyjątkowości, którym owianą była przez długi lat szereg. Fakt ten jest prostym wynikiem częstszego rozpoznawania. Krwistek (haematocele), opisywany dawniej jako cierpienie samoistne, ryczałtem niemal przechodzi na karb ciąży zamacicznej. Symptomatologja przedmiotu została tak opracowaną w szczegółach, że już wywiady dostarczają pewnych danych rozpoznawczych. Mimo wszystko, ciąża zamaciczna, jako taka, bywa rozpoznawaną nie zawsze. Płynie ztąd, zwłaszcza w cięższych przypadkach, prawdziwa szkoda dla chorych. Wielka w tym razie doniosłość krwotoków wewnętrznych, t. zw. wolnych, była mi pobudką do skreślenia niniejszej wzmianki.

Nie mam zamiaru na wstępie przytaczać ani uzasadniać podziału ciąży zamacicznej zależnie od miejsca usadowienia się jaja płodowego [1]); zaznaczę tylko, iż najczęstszą postacią, zarazem najdonioślejszą w praktyce jest ciąża jajowodowa. Siedliskiem jej bywa zarówno odcinek jajowodu maciczny, jak część brzuszna, więc cieśń i lejek. Brzemienny jajowód, równolegle z macicą, podlega przemianom: śluzówka przetwarza się w doczesną, gdy błona mięśniowa wykazuje szybki przerost swych warstw. Doczesna maciczna, jeśli następnie bywa wydzieloną nazewnątrz, stanowi cenny dowód rozpoznawczy.

---

1) Cz. Lek. № 10, str. 391.

Już w drugim lub trzecim miesiącu po zapłodnieniu, wyjątkowo wcześniej lub później, zachodzą powikłania, których skutkiem bywa przerwa w dalszym rozwoju ciąży. Przytem zejście składa się rozmaicie: albo *ściana jajowodu pęka*, co bywa punktem wyjścia krwotoku do jamy brzusznej i wytworzenia się guza o zawartości krwawej, t. zw. krwisteku zamacicznego; albo też następuje *poronienie jajowodowe*, gdy jajo przez ujście brzuszne zostanie wytłoczone do jamy otrzewnej, co również sprowadza krwistek. Statystyka Orthmann'a [1]), oparta na 124 spostrzeżeniach, wykazuje, iż poronienie zachodzi tu również często, jak pęknięcie ściany jajowodu; w rzadkich przypadkach spostrzegano obydwa rodzaje zejścia jednocześnie. Jajo płodowe zazwyczaj obumiera [2]) i podlega wessaniu wraz z masą krwawą, stanowiącą treść krwisteku. Po upływie tygodni, niekiedy miesięcy, następuje zupełne wyzdrowienie, bez żadnego z naszej strony zabiegu, jedynie siłami natury. W trzech pierwszych miesiącach ciąży, wynik taki nie jest bynajmniej wyjątkowym, stanowi raczej prawidło. Na poparcie mógłbym przytoczyć długi szereg własnych spostrzeżeń.

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy krew wylana do jamy brzusznej, nie tworzy masy otorbionej, gdy tedy krwotok staje się wolny. Nie starczą tu siły natury. Jak tracheotomia przy zwężeniu krtani lub krwawe uwolnienie przepukliny, gdy inne sposoby zawiodły, rękoczyn chirurgiczny jest tu bezwzględnie wskazany. A im prędzej będzie podjęty, tem lepiej dla chorej!

Jako skromny przyczynek do kazuistyki przedmiotu, podaję niżej opis trzech odnośnych spostrzeżeń [3]).

Przypadek 1. [4]). Graviditas tubaria dextra. Ruptura tubae. Haemorrhagia libera in cav. peritonei. Laparocoeliotomia. Sanatio.

„Pani M., żona urzędnika banku, zamężna od $4^1/_2$ lat. Była w ciąży 5 razy: 1) poród na czasie, dokończony kleszczami; 2) poronienie w trzecim miesiącu; 3) poród na czasie; 4) poród przedwczesny w 6 miesiącu, wreszcie 5) poród na czasie, odbyty przed 5 miesiącami. Żadnych chorób w połogu nie przechodziła. Miesiączkuje od 16-go roku życia, zawsze prawidłowo co 27 dni, bez bólów. Dnia 15. XI. 1896, w 4 dni po opóźnieniu się miesiączki, wystąpiło z części rodnych nieznaczne krwawienie, bez innych dolegliwości. Krwawienie to trwało już miesiąc, gdy naraz d. 16. XII. 1896 zrana chora zaczęła się uskarżać na silne boleści w całem podbrzuszu i uczuła się nagle tak

---

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XXIX, str. 61.
[2]) O ciąży zam. donoszonej p. Czasop. Lek. l. c.
[3]) Przy krwisteku jedynie zropienie zawartości staje się wskazaniem do operacyi bezwzględnem; inne wskazania: ponowne krwawienia, przydługie wsysanie, warunki socyalne, są tylko względne.
[4]) Ogłoszony w Gaz. Lek. 1897. Tam też odsyłam po szczegóły.

słabą, że musiała położyć się do łóżka. Wezwany tegoż dnia wieczorem na naradę z ordynującym kol. Litwinem, znalazłem co następuje: Nizka blondynka, wątłej budowy, miernie odżywiona. Błony śluzowe bardzo blade. Tętno 106, drobne. Ciepłota 37,8° C. Szmer skurczowy nad tętnicą płucną bez innych jakichbądź fizykalnych zmian w sercu. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny przy opukiwaniu i obmacywaniu w okolicy podbrzusznej. Skąpa wydzielina krwawa z części rodnych. Macica w przodozgięciu, nieznacznie powiększona, przesunięta ku przodowi (anteflexio, antepositio). Przy nacisku na tylne sklepienie chora doznaje silnego bólu. W jamie Douglas'a nieotorbiony płyn oraz miejsca twardsze; napięcie nieznaczne. Przydatki z powodu bolesności brzucha nie dają się wyczuć. Odporność w prawem podbrzuszu większa niż w lewem. Czkawka, częste odbijania.

Objawy ostrej niedokrwistości wobec skąpej wydzieliny krwawej nazewnątrz, obecność płynu i części twardszych (skrzepów) w jamie Douglas'a, nagłe wystąpienie groźniejszych objawów, wreszcie wywiady pozwalały postawić rozpoznanie: graviditas extrauterina rupta. Wobec większej odporności w prawem podbrzuszu, przypuszczałem ciążę jajowodową prawostronną. Z powodu, iż badanie nie wykazało tworzenia się krwisteku, trzeba było przyjąć istnienie krwotoku wolnego (nietorbionego). Przedstawiłem chorej konieczność natychmiastowej operacji, na co jednak nie uzyskałem zgody. Zaleciliśmy tedy spokój bezwzględny, pęcherz z lodem na podbrzusze, nalewkę makowcową, extr. fl. Hydr. canad. Nazajutrz chora czuła się lepiej, bóle pod wpływem makowca ustały prawie zupełnie, czkawka i odbijania zmniejszyły się znacznie. Stan taki nie trwał wszakże długo. Pod wieczór, chcąc wywołać stolec, chora zażyła samowolnie łyżkę sody, co sprowadziło wymioty. Od tej chwili zaczęło się pogorszenie: bóle wystąpiły z nową siłą, osłabienie ogólne wzrastało. Dnia 18. XII. 96, o godz. $5^1/_2$ rano, stan chorej przedstawiał się następująco:

Ciepłota 36,1° C. Tętno 140, prawie nitkowate. Wysoki stopień niedokrwistości. Z części rodnych krwawienie wciąż nieznaczne. Brzuch mocno wzdęty, bolesny. Ton opukowy w okolicach lędźwiowych i podbrzuszu przytłumiony, nad wątrobą jasny, bębenkowy. W jamie Douglas'a płynna zawartość w znacznej ilości, lecz napięcie wciąż bardzo małe. Krwistek się nie wytworzył. Częste i głośne odbijania. Chora zgadza się na operację i zostaje przewieziona do szpitala Ś-go Aleksandra. Wkrótce po przybyciu chorej do szpitala, *tętno stało się niewyczuwalnem*. W kwadrans potem, po dokonaniu autotransfuzji przez obandażowanie kończyn, przystąpiłem do coeliotomii przy współudziale kol. Kruschego, K. Jasińskiego (ad manum) i Litwina.

Operacja. Odurzenie eterowe. Położenie Trendelenburg'a. Cięcie brzuszne. Po otwarciu otrzewnej wylewa się duża ilość krwi, zmieszanej z pojedyńczemi skrzepami. Po wygarnięciu krwi widać na tylnej powierzchni środkowej części prawego jajowodu otwór o brzegach nierównych, przez który sączy się ciemna krew. Otwor ten, 1 ctm. średnicy, prowadzi do rozszerzonej części jajowodu, wypełnionej skrzepem krwi wielkości dużego orzecha laskowego. Śladów zarodka niema.

Lewe przydatki prawidłowe. Dwie nawiązki wstrzymują krwawienie, z tych jedna przechodzi pod jajowodem i więzem obłym tuż przy macicy, druga obejmuje górną część więzu lejko-miednicowego (lig. infundibulo-pelvicum). Wycięcie jajowodu (2 nawiązki na krezkę). Szybka toaleta jamy Douglas'a. Zeszycie rany brzusznej szwem Schroeder'owskim jedwabnym.

Pod koniec operacji wlewanie fizjologicznego roztworu soli kuchennej pod skórę klatki piersiowej (³/₄ litra)."

Tętno po operacji ledwie wyczuwalne, ciepłota poniżej 35° C. Mocna kawa, flaszki ogrzane, lawatywa z ½ litra bardzo ciepłej wody i łyżki koniaku. W pół godziny potem chora w stanie wielkiego niepokoju, rzuca się na łóżku, mówi niezrozumiale. Wysokie ułożenie nóg chorej, mocniejsze obandażowanie kończyn. W godzinę po operacji, ciepłota wciąż niżej 35° C., tętno niezliczalne. Następnie ciepłota zaczyna się podnosić, tak iż o godz. 3 popoł. (w 5 godzin po operacji) dochodzi do 37,9; tętno daje się liczyć, 150, małe.

Godzina 8 wieczorem. Tętno 138, pełniejsze; ciepłota 37,8.

Dnia 19. XII. 1896. Tętno rano 138, wieczorem 132, dość pełne. C. r. 37,6, w. 37,5. Rozwolnienie do 15 razy. Tra thebaica.

Dnia 20. XII. 1896. Tętno rano 128, wieczorem 120, pełne. Ciepłota 37,9 i 38,0. Rozwolnienie ustało. Mocz oddaje sama.

Dnia 21. XII. 1896. Tętno 114. Dnia 22. XII. 1896. T. 104. Dnia 28. XII. 1896. Wyjęto szwy. Rychłozrost. Krwawienie z części rodnych ustało.

Dalsze zdrowienie powikłane wysiękiem kikutowym w przymaciczu. Po zupełnem wessaniu się wysięku, 14. I. 1897 pani M. wstała z łóżka.

Badanie drobnowidzowe (kol. W. Żurakowski w Warszawie) stwierdziło słuszność rozpoznania klinicznego. Na przecięciach jajowodu w miejscu pęknięcia widać rozrost błony doczesnej oraz przekroje kosmków kosmówki.

Przypadek II. (Księga dom. IV, str. 490). Graviditas tubaria dextra rupta. Haemorrhagia abdominalis libera. Laparocoeliotomia. Sanatio.

W., żona robotnika fabrycznego, lat 23, zawsze przedtem była zdrowa. Zamężna od pół roku, na jesieni roku 1898 poroniła w trzecim miesiącu. Następnie dwa razy prawidłowa miesiączka, ostatnio w grudniu, poczem wystąpiły objawy, właściwe ciąży, jak nudności, odbijania, wymioty. W połowie lutego r. b. W. czuje się „jakoś niedobrze", a dnia 18. II. dostaje nagle gwałtownych bólów w okolicy podbrzusznej, które jednak po upływie kilku godzin doszczętnie ustępują. Dnia 24. II. bóle zjawiają się ponownie, a gdy się nadto przedłużały, szukano pomocy lekarskiej. Zastosowane na razie proszki makowcowe, pęcherz z lodem, bańki cięte na podbrzusze, pozostały bez skutku. Stan chorej pogarsza się z każdą godziną, a od południa dnia 25. II. osłabienie ogólne dochodzi do tego stopnia, iż chora ledwo mówi. Wezwany tegoż dnia o godz. 3³/₄ po poł. znalazłem co następuje: Blondynka, wysokiego wzrostu, mocnej budowy, odżywiona doskonale, niezmiernie niedokrwista. Ciepłota 35° C. *Brak tętna.* U ictus

cordis słychać miarowe uderzenia, mniej więcej 120 na minutę. Przytomna zupełnie, odpowiada na pytania szeptem lub ruchem głowy. Brzuch miernie wzdęty, w podbrzuszu bardzo bolesny przy opukiwaniu, zwłaszcza tuż nad spojeniem łonowem; przytłumienie odgłosu w tem miejscu na szerokości 4—5 palców. W okolicach lędźwiowych nieznaczne stłumienie. Na całej przestrzeni brzucha dość wyraźne chełbotanie. Z części rodnych skąpa wydzielina krwawa. Badanie złożone, z powodu bolesności, nadzwyczaj utrudnione. Macica zdaje się być w położeniu prawidłowem. W jamie Douglas'a brak krwisteku. Na stronie prawych przydatków odporność cokolwiek wzmożona.

Rozpoznanie. *Wolny krwotok brzuszny. Prawdopodobieństwo ciąży zamacicznej.*

Nie było tu chwili do stracenia. Mimo stan chorej niemal beznadziejny, poleciłem przenieść ją do szpitala Ś-go Aleksandra dla dokonania natychmiastowej operacji. W dwie i pół godziny potem (transport), przy świetle lampy naftowej, przystąpiłem do cięcia brzusznego, mając ad manum kol. Ewarysta Jasińskiego. Lekkie odurzenie chloroformowe (kol. Fankanowski). Przed operacją 3 strzykawki eteru podskórnie. Położenie Trendelenburg'a. Przy otwarciu jamy brzusznej wylewa się duża ilość krwi płynnej z domieszką skrzepów. Ciąża jajowodowa prawa, pęknięcie jajowodu. Nałożenie nawiązek jedwabnych na koniec maciczny jajowodu, wiąz lejkomiednicowy i krezkę jajowodu. Przytem krew, zebrana pomiędzy jelitami i w dole Douglas'a, zalewa wciąż pole operacyjne. Wycięcie jajowodu. Szybka toaleta jamy brzusznej, o ile to było możliwe przy pośpiechu. Zeszycie rany powłok szwem Schroeder'owskim. Trwanie operacji 27 minut. Pęknięcie zaszło na tylnej ścianie środkowej części jajowodu. Tu widzimy otwór średnicy 2—2½ ctm., o brzegach nierównych, strzępiastych. Z otworu tego, trzymając się górnego brzegu, sterczy do jamy brzusznej jajo płodowe, w postaci tworu kulistego, wielkości dużego orzecha włoskiego, barwy ciemno-czerwonej, o powierzchni nierównej, porowatej. Doczesna rozmiękczona, daje się łatwo rozrywać, gdzieniegdzie mieści w sobie drobne wylewy krwawe. Wewnątrz owalny pęcherzyk, 1: 1½ ctm., o ścianach gładkich, przeświecających, zawiera płyn przezroczysty, bez śladów zarodka (ovum abortivum). Wewnętrzna powierzchnia jajowodu, znacznie rozszerzonego w miejscu pęknięcia, jest chropowatą, barwy ceglastej. Na krezce jajowodu, tuż przy ujściu brzusznem, dwie torbiele z zawartością surowiczą (jak orzech laskowy i ziarnko grochu). Jajo płodowe, sądząc z wymiarów odpowiada 6 tygodniom ciąży, lubo wielkość, zależna, w części od ognisk wybroczynowych, nie może być bezwzględnie miarodajną.

Wracam do pacjentki.

Chora budzi się z uśpienia w chwil kilka po operacji, jest zupełnie przytomną. Brak tętna w dalszym ciągu. 2 strzykawki eteru.

Po przeniesieniu do łóżka i odpowiedniem ułożeniu, zastosowano flaszki z wodą gorącą do nóg i boków, lawatywę z koniaku (łyżka stoł. w szklance ciepłej wody), czarną kawę, wreszcie wstrzykiwanie podskórne roztworu soli kuchennej 6‰, w ilości litra pod skórę przed-

niej powierzchni klatki piersiowej. Kilka strzykawek olejku kamforowego. Pomimo naszych usiłowań, ciepłota ciała jeszcze w dwie godziny po operacji (o 8-ej wieczorem) była wciąż niżej 35° C., *tętno niewyczuwalne*. Dopiero około północy następuje stanowcze polepszenie.

26. II. C. r. 36,9. T. 120, miękkie. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny w podbrzuszu. Wiatry nie odchodzą. Wymioty kilkakrotnie. Mocz oddaje dobrowolnie. C. w. 36,6. T. 110, pełniejsze. Wygląd ogólny znacznie lepszy. Mówi dość głośno, czując się o wiele silniejszą. Wymioty nie ustają. Lód do połykania.

27. II. W nocy spała dobrze. C. r. 37,2. T. 100. Wymiotów niema. Częste odbijania. Wiatrów brak. C. w. 37,5. T. 96, pełne. Lawatywa z wody z gliceryną.

28. II. C. r. 36. T. 96. Brzuch mało czuły, mniej odęty. Po lawatywie wyszły wiatry w dużej ilości.

I. III. C. r. 37. T. 94. Stan bardzo dobry.

2. III. i dni następnych ciepłota prawidłowa, tętno pełne, 84—86, siły wracają.

8. III. Zmiana opatrunku. Wyjęcie nici. Ropienie w miejscach ukłucia, za wyjątkiem kilku szwów. Brzegi rany *skórnej* nie zrosły się w dwóch miejscach na przestrzeni około 1½ ctm., z powodu nieprawidłowego dopasowania. Rychłozrost na przestrzeni pozostałej.

13. III. Wstaje poraz pierwszy. Na prawo od macicy guz ruchomy, wielkości jaja gołębiego, czuły na ucisk (jajnik?).

22. III. Rana brzuszna zagojona. Macica w przodozgięciu, niepowiększona, uniesiona do góry (elevatio). Prawy jajnik powiększony do wielkości jaja gołębiego. Lewe przydatki prawidłowe. Wydzieliny z części rodnych od czasu operacji niema żadnej. Czuje się zupełnie zdrową. Wypisana ze szpitala po nałożeniu gorsetu brzusznego z plastra lepkiego (sposobem Weinhold'a) [1]).

We wrześniu r. b. widziałem pacjentkę ponownie. Przypuszcza, że jest w stanie odmiennym. Ostatnia miesiączka przed dwoma miesiącami. Znalazłem w istocie ciążę siedmiotygodniową, tym razem maciczną.

Przypadek III. (Księga domowa IV, liczba 537) Graviditas tubaria sinistra rupta. Haemorrhagia abdominalis libera. Laparocoeliotomia. Sanatio.

S., lat 28, żona tkacza, zamężna od lat sześciu. Rodziła na czasie dwa razy, ostatnio przed 3 laty. Poronienie w trzecim miesiącu przed 1½ rokiem. Czyszczenia miesięczne zawsze prawidłowo, bez bólów. Ostatnia miesiączka przed 6—6½ tygodniami. Objawy ciąży: odbijania, zmienne łaknienie i t. p.

29. VIII. 99, o godz. 4 popołudniu, wybierając się na przechadzkę, S. dostaje nagle gwałtownych boleści w dole brzucha, czuje się naraz bardzo osłabioną, kilkakrotnie mdleje. Kol. Rząd wezwany w 3

---

[1]) Przedstawienie pacjentki i okazu na posiedzeniu Ł. T. L. d. 22 marca r. b.

godziny potem, rozpoznaje ciążę zamaciczną z wolnym krwotokiem brzusznym i, widząc niezbędność operacji, każe się zwrócić do mnie. O godzinie $8^1/_4$ wieczorem znajduję stan następujący:

Wysoka brunetka, ładnie zbudowana, odżywiona bardzo dobrze, *niezmiernie niedokrwista*. Tętno bardzo słabe, prawie niezliczalne. Ciepłota poniżej 36° C. Ciągłe wymioty. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bardzo bolesny w okolicy podbrzusznej. W okolicach lędźwiowych nieznaczne przytłumienie odgłosu opukowego. Chełbotanie w jamie brzusznej niezbyt wyraźne. Z części rodnych wydzielina śluzowa, ze śladami krwi. Macica w przodozgięciu, cokolwiek powiększona. Douglas wolny (nie zajęty przez jakiekolwiek skupienie). Przydatki niewyczuwalne. Całe badanie wielce utrudnione (bolesność).

Rozpoznanie. Wolny krwotok brzuszny. Domniemanie ciąży zamacicznej.

I w tym przypadku operacja była wskazaną jaknajprędzej. Chorą przeniesiono niezwłocznie do szpitala Ś-go Aleksandra, gdzie, przy pomocy kolegów Ewarysta Jasińskiego i Bełżyńskiego, przystąpiłem do cięcia brzusznego o godzinie 10 m. 20 wieczorem. Tętno nitkowate, z wielkim trudem daje się liczyć (130—140). Po otwarciu otrzewnej krew potokiem leje się nazewnątrz, z małą tylko domieszką skrzepów. Ciąża jajowodowa lewa, pęknięcie jajowodu. Szybkie wydobycie brzemiennego jajowodu, utworzenie szypuły, przewiązanie jej nicią jedwabną, przeprowadzoną przez środek, odcięcie jajowodu nad przewiązką. Wygarnięcie krwi z jamy brzusznej, o ile się dało przy pośpiechu. Zeszycie rany brzusznej szwem Schroeder'owskim. Operacja przy świetle lampy naftowej, trwanie 22 minuty.

Preparat [1]). Wycięta część jajowodu ma długości $5\frac{1}{2}$ ctm., w tem odcinek ciężarny zajmuje przestrzeń $3\frac{1}{2}$ ctm., pozostałe 2 ctm. u końca brzusznego są niezmienione. Pęknięcie przedstawia się jako otwór owalny, o wymiarach 1 : 2 ctm., brzegach nierównych, naderwanych. W jajowodzie, który w miejscu ciąży sięga 2 ctm. średnicy, leży nietknięty pęcherzyk (owodnia), zawierający płyn mętny, tudzież płód rozmiękczony, długości 2—$2\frac{1}{2}$ ctm.

Po operacji ciepłota 35,4° C., tętno wciąż nitkowate. Butelki ogrzane, odpowiednie ułożenie chorej. Wlewanie podskórne 600 ctm.³ roztworu solnego (0,7%). W godzinę potem C. 35,9. T. 128, pełniejsze.

30. VIII. C. r. 37,5. T. 118—124, dość pełne. Wymiotów nie było. Brzuch niebolesny.

1. IX. Stan bezgorączkowy. Wiatry odeszły. Ślady krwi w wydzielinie z części rodnych znikły. Dalsze zdrowienie niepowikłane. Zmiana opatrunku i wyjęcie szwów ósmego dnia. Rana zagojona doraźnie, tylko na małej przestrzeni brzegi skórne z powodu złego dopasowania cokolwiek się rozchodzą. Przy wyjmowaniu szwów chwilowo nudności, odbijania, uczucie nagłej słabości.

13. IX. Rana brzuszna zabliźniona. Macica w prawidłowem przodozgięciu. Przymacicze wolne. Pozostałe przydatki prawidłowe. Opaska brzuszna z plastru lepkiego. Pozwolono wstać.

---

[1]) Przedstawiony na posiedz. Ł. T. L. d. 6 września 1899 r.

18. IX. 99. Wstaje od 3 dni. Czuje się dość silną. Wypisana ze szpitala.

Dotąd jeszcze, pomimo stosownego leczenia, objawy niedokrwistości nie ustąpiły całkowicie. Część winy spada na złe warunki zdrowotne, w jakich żyje pacjentka. Pozatem jest zupełnie zdrową.

W piśmiennictwie naszem o ciąży zamacicznej bezwątpienia bogatem (prace Matlakowskiego, Jordana, Neugebaura, Boryssowicza, Szumana, Pomorskiego, Jerzykowskiego, K. Jasińskiego, Rozenthala, Stępkowskiego, Świtalskiego, Kośmińskiego, Fr. Janczewskiego, Troczewskiego, Dukalskiego, Warszawskiego, Lebensbauma, Ehrlicha, Ciechanowskiego, Rymszy i innych) małą względnie jest liczba spostrzeżeń, tyczących się wolnych krwotoków do jamy otrzewnej. Lebensbaum i Warszawski [1]) opisują odnośny przypadek u 30-letniej kobiety, która rodziła na czasie przed pięciu laty. Przy operacji znaleziono w jamie brzusznej około dwóch litrów krwi płynnej ze skrzepami. Lewy jajowód, wypełniony krwią skrzepłą, zawierał płód 7-tygodniowy. Wycięcie jajowodu, wyzdrowienie.

Prof. Jordan [2]) w przypadku ciąży zamacicznej, uprzednio rozpoznanej, wykonał cięcie brzuszne, skoro wystąpiły objawy zapaści. Jama otrzewnej wypełniona krwią płynną z domieszką skrzepów. Ciąża trąbkowa lewa; jajo płodowe, przez pęknięcie w ścianie jajowodu, wyszło częściowo do jamy brzusznej. Wycięcie jajowodu. Zejście niepomyślne.

Wreszcie Rymsza [3]), na podstawie materjału ze szpitala Obuchowskiego w Petersburgu, kreśli opis ośmnastu przypadków wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej. Mimo to, iż operacja kilkakrotnie wykonaną była in extremis, 16 razy nastąpiło wyzdrowienie.

Tyle co do kazuistyki przedmiotu. Bije z niej wskazówka praktyczna, wielka doniosłość wczesnego rozpoznawania. Sprawa jednakże nie jest tak prostą, jakby się zdawało. Rozpoznanie bywa pewnem bezwzględnie tylko w tych razach, gdzie już uprzednio stwierdzono istnienie ciąży zamacicznej; w innych jest tylko prawdopodobnem. Obraz ciężkiej, ostrej niedokrwistości przy braku znaczniejszego krwawienia na zewnątrz, o ile rzecz się dzieje u czynnej płciowo kobiety,

---

[1]) Lebensbaum i Warszawski. Trzy przypadki ciąży zamacicznej. Przegląd Chir. str. 246. 1893. Prz. piśm. lek. polsk.

[2]) Jordan. Preparat ciąży trąbkowej pękniętej. Rocznik Tow. Gin. Krak. Z. VI. str. 78. P. p. l. p.

[3]) Rymsza A. Przyczynek do leczenia ciąży pozamacicznej przy wylewie krwi wolnym, wypełniającym całą jamę brzuszną. Kron. lek. 1896, str. 443, 501, 564.

sam przez się nasuwa natychmiast myśl o istnieniu ciąży zamacicznej. Myśl ta jędrnieje pod wpływem wywiadów: zatrzymanie lub opóźnienienie się miesiączki, nawet nieznaczne, o dni kilka, jest zjawiskiem tak stałem, tak ważnem pod względem rozpoznawczym, że na fakt ten zwracamy szczególną uwagę. Jak wiadomo bowiem, w ciągu pierwszych czterech tygodni ciąży zam. wyjątkowo tylko zachodzą poważniejsze powikłania, gdy przeciwnie w drugim i trzecim miesiącu są one niemal prawidłem.

Przy badaniu, jako stały objaw znajdujemy bolesność okolicy podbrzusznej, już to ze stron obydwóch, już na jednej tylko; później bolesność całego brzucha. Przy większych wylewach ton opukowy bywa przytłumiony w okolicach lędźwiowych, niekiedy również nad spojeniem łonowem. Chełbotanie bywa wyraźnem tylko w przypadkach daleko posuniętych, gdzie wylew przepełnia jamę brzuszną. Badanie ginekologiczne złożone bywa bardzo trudne, niemniej ono tylko rozstrzyga pytanie, czy krwotok podlega otorbieniu, czy też swobodnie, bez ograniczeń zalewa jamę brzuszną. Miarodajną w tym względzie jest obecność lub brak guza o cechach krwisteku, obok lub za macicą. Tak więc, jako główne dane rozpoznawcze przy ciąży zamacicznej, powikłanej wolnym krwotokiem, można uważać:

1) objawy ostrego krwotoku wewnętrznego, występujące po zatrzymaniu lub opóźnieniu się miesiączki.

2) brak wytworzenia się krwisteku.

Rozpoznanie zyskuje na pewności, jeśli doczesna maciczna została wydzieloną przed nadejściem groźniejszego stanu.

Bardzo zbliżony obraz kliniczny widzimy przy zapaleniu otrzewnej, powstałem wskutek przedziurawienia żołądka lub kiszek (peritonitis perforativa). I tu bowiem mamy nagły początek, objawy otrzewnowe, obecność płynu w jamie brzusznej. Sinawość błon śluzowych, natężenie ciepłoty, brak zaburzeń w sferze płciowej — są dla nas w tym razie drogowskazem. Mimo to, rozpoznanie różniczkowe niezawsze jest łatwem. A jakże ciężkiem było zadanie lekarza, gdy ciąża zamaciczna była sprawą mało zbadaną, pewnem x ginekologicznem. Nie dziwi mię wcale, gdy np. śmierć z powodu krwotoku wewnętrznego kładziono na karb zatrucia, a prawdziwy stan rzeczy stawał się jasnym dopiero podczas oględzin pośmiertnych (Fornad, Brouardel). W innych razach rozpoznawano uwięźnięcie wewnętrzne, zapalenie wyrostka robaczkowego, kolkę nerkową lub żółciową. Przypadek Fauwel'a [1]) należy do curios'ów w tym względzie. Przy łożu

[1]) Cytowany u Labadie-Lagrave'a, str. 1128.

kobiety, umierającej z krwotoku jajowodowego, walczyły o lepsze trzy zdania: cholera, zatrucie, przekrwienie mózgu. Konsyljum takie dziś byłoby niemożliwe.

Przechodzimy do punktu najważniejszego—leczenia. Na wstępie mała notatka historyczna. Znakomity chirurg angielski Lawson Tait [1]), wezwany przez D-ra Hallwright'a do chorej, zapadłej na krwotok wolny w przebiegu ciąży trąbkowej, stał bezradny, nie wiedząc, co począć. Hallwright rzucił myśl, czyby nie można otworzyć brzuch i usunąć krwawiący jajowód. Lecz Tait, będący u szczytu swej sławy, mistrz nad mistrze, nie przyjął zuchwałej rady. Chora zmarła, a oględziny wykazały, iż myśl Hallwright'a była genialną. Działo się to w Birmingham'ie, w r. 1881. W dwa lata potem (1883) Tait wykonał pierwszą laparotomję w przypadku wolnego krwotoku jajowodowego, odtąd operacja ta zostaje zaliczoną do rzędu naglących. Jest to zabieg, który nie posiada przeciwwskazań. Najcięższy stan zapaści nie waży nic w tym razie. Przytoczone opisy dosadnie stwierdzają tę prawdę. Co do techniki operacyjnej, wszystkie nowe podręczniki uwzględniają ją dostatecznie. Położenie Trendelenburga bywa tu bardzo użytecznem. Nie należy kłaść nacisku na dokładne oczyszczenie jamy brzusznej. Pozostała krew, przy wzmożeniu się czynności serca, bywa nader szybko wessaną, zwłaszcza przy obcisłym opatrunku brzusznym.

Czynna rola nasza nie kończy się na wykonaniu operacji. Jako wskazanie życiowe, pozostaje walka ze skutkami niedokrwistości, z objawami ciężkiej nieraz zapaści. Źródłem jej anemja ośrodków mózgowych. Nizkie ułożenie głowy przy podniesieniu tułowia i nóg, bandażowanie kończyn zwiększa przypływ krwi do mózgu, podnosząc czynność ośrodków (t. zw. autotransfuzja). Dzielnym w tym razie środkiem pomocniczym jest płaszczyzna pochyła, otrzymana z łóżka przez podstawienie krzesła. Koroną leczenia są wlewania podskórne (lub żylne) roztworu solnego. Zbawcze ich działanie polega na napełnieniu naczyń, na podniesieniu ciśnienia tętniczego. W warunkach tych mięsień sercowy odzyskuje swą siłę, niedokrwistość ośrodków mózgowych znika niebawem. Wobec tego stosowanie wlewań solnych zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie. Nie są tu niezbędne kosztowne przyrządy, że wymienię najlepszy z nich Collin'a. Wystarcza mieć igłę do wlewań, kilka łokci węża gumowego, szklany lejek, parę proszków soli kuchennej. Doskonałą jest formuła Lagrawe'a: Rp. Natrii chlorati chem. puri, Natrii sulphur. sicci aa 7,0 MDS. Na litr wody. Roztwór przed użyciem winien być wyja-

[1]) Revue de Gyn. et de Chir. abd. 1899. Zesz. IV, str. 758.

łowiony, co osiągamy przez gotowanie w ciągu pięciu minut. Samowar nadaje się w tym względzie bardzo dobrze. Po ostudzeniu roztworu, gdy ciepłota spada do 39,5—40° C., ustawiamy samowar na wzniesieniu, łączymy końce węża z igłą i lejkiem [1]) i zaczynamy wlewanie, napełniając lejek z kranu samowara. Na miejscu wkłucia igły (przednia powierzchnia klatki piersiowej) tworzy się wyniosłość, która przy większych ilościach płynu dochodzi do znacznych rozmiarów. Wyniosłość ta wszakże znika w miarę, jak płyn zostaje wessany, nie pozostawiając żadnych śladów. W ciągu 15—30 minut można wstrzyknąć w ten sposób 600—800 ctm.³. Ilość ta na razie wystarcza, aczkolwiek w cięższych przypadkach może zajść potrzeba ponownego wlewania. Po wyjęciu igły otworek skórny przykrywamy watą z kolodjonem. Właściwe są również środki podniecające, więc eter, kofeina, olejek kamforowy, stosowane podskórnie. Do wewnątrz zalecamy czarną kawę z koniakiem, o ile niema ciężkich wymiotów. W tym ostatnim razie, najlepsze daje wyniki czasowe zupełne powstrzymanie się od napojów i pokarmów. Pragnienie zwalczamy, radząc trzymać w ustach plasterki cytryny. W celu ogrzania ciała stosujemy do nóg i boków flaszki z gorącą wodą, owinięte w płótno z obawy oparzenia. Dobrym również są środkiem wlewania wody ciepłej, 38,5° C., do odbytnicy, według rady Fritsch'a, co dwie godziny po 60,0 z dodaniem koniaku. A jeśli operacja, z tych lub innych względów, nie może być natychmiast podjętą, jakież ma być nasze postępowanie? Tu zalecamy spokój bezwzględny, pęcherze z lodem na brzuch, makowiec do wewnątrz (Tra thebaica po 8—10 kropel co 2 godziny), lub w czopkach (Extr. Opii aq. 0,03—co 3—4 godziny). Jako lek tamujący krwawienie przepisujemy extr. fl. Hydr. can. lub Hamamel. virg. po łyżeczce od kawy, 3—4 razy dziennie, najlepiej w lawatywie. Sporysz jest tu przeciwwskazany, gdyż sprowadzając skurcze macicy, a prawdopodobnie i jajowodu, mógłby pogorszyć sprawę.

Przy wystąpieniu zapaści trzymamy się zasad wyłuszczonych powyżej. Mała uwaga praktyczna: częste mierzenie ciepłoty jest tu rzeczą konieczną. Ciepłota ciała zdaje się być najlepszym sprawdzianem skuteczności naszych zabiegów. W walce z zapaścią ciepłomierz gra rolę szpiega wojennego. Z otuchą patrzmy w przyszłość, gdy słup rtęci, stojący na 35° C. lub niżej, zaczyna się zwolna podnosić; gdy spada, praca nasza idzie na marne.

Łódź, 20/XI. 1899.

---

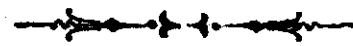
[1]) Lejek i igłę należy wygotować, rurkę gumową przemyć roztworem sublimatu i przepłukać wodą przegotowaną; skórę w miejscu ukłucia wymyć spirytusem.

Dnia 21 b. m. wykonałem *czwarte* cięcie brzuszne tej samej kategorji. Przypadek dotyczy 23-letniej kobiety, zamężnej od 4 miesięcy, pod względem płciowym dotąd zdrowej. W siedm tygodni po ostatniej miesiączce krótkotrwałe krwawienie, połączone z odejściem błony [1]). Dni następnych ślady krwi w wydzielinie pochwowej. W dziesięć dni potem, d. 21. XI, o godz. 10-ej rano, nagle szalone bóle brzucha, wymioty, omdlenie. O godz. 5-ej popoł., wezwany przez kol. Hartmana, znalazłem chorą w stanie najwyższej niedokrwistości, bez tętna. Brzuch umiarkowanie wzdęty, w okolicach lędźwiowych wyraźne stłumienie. W Douglas'ie miękka podatność, brak jakiegobądź guza.

O 7-ej wieczorem laparocoeliotomia (ad manum kol. Kaufman, narkoza kol. Hartman). W jamie brzusznej duża ilość krwi płynnej i skrzepłej. Ciąża jajowodowa lewa, usadowiona w cieśni. Worek płodowy średnicy 3 ctm.; pęknięcie na górnej ścianie jajowodu, długie na 5 ctm.; śladów zarodka niema. Wycięcie jajowodu. Trwanie operacji do zamknięcia jamy brzusznej 15 minut; nałożenie szwów powierzchownych 6 minut. Wlewanie 750 ctm.^{3} rozczynu solnego. W 1½ godziny potem tętno staje się wyczuwalnem, następuje ogólne polepszenie.

Dalsze zdrowienie od czwartego dnia powikłane prawostronnem rozlanem zapaleniem płuc, przy podniesieniu ciepłoty do 39° C. W jamie ust i gardzieli liczne kolonie pleśnicy białawej. Dnia 30. XI., po obfitych potach, przełom. Odtąd stan bezgorączkowy. Wyjęcie szwów dziesiątego dnia po operacji. Rana brzuszna zagojona doraźnie. 4. XII. badanie ginekologiczne: macica w przodozgięciu, nie powiększona; pozostałe przydatki prawidłowe; jama Douglas'a, tudzież przymacicze wolne; kikut niebolesny. Za kilka dni pacjentka opuści łóżko.

Przypadek powyższy należy do bardzo ciężkich, gdyż już na trzy godziny przed dokonaniem operacji stwierdzono zupełny brak tętna.



ZE STATYSTYKI LEKARSKIEJ LUDNOŚCI PROWINCJI.

Podał Dr. **Szymon Klarner** (Bełżyce).

(Komunikowane na posiedzeniu sekcji ludowej Warsz. Tow. hygienicznego 16/VI 99).

W poszukiwaniach nad hygjeną kraju wiele dobrych chęci rozbija się o brak surowego materjału, na podstawie którego możnaby pokusić się o otrzymanie wniosków, zbieranie zaś takowego przez jednostki—połączone jest bardzo często z trudnościami nie do pokonania, a już zawsze ograniczyć się musi do niewielkich przestrzeni i rozmiarów, nie pozwalających na dalej sięgające wnioski. Zwłaszcza na pro-

[1]) Doczesna maciczna ciąży zamacicznej (Ks. dom. V. l. 48).

wincji spotykamy się przy każdej kwestji z tą mianowicie przeszkodą. Czy to będziemy mówić o hygjenie mieszkań, żywienia i t. d., to co do żadnego z tych pytań nie posiadaliśmy nigdy ankiet, któreby dały nam ów materjał. Ten wzgląd skłonił mnie do zwrócenia uwagi na jedno źródło, z którego czerpiąc z należną oględnością, możemy korzystać bez obawy o błędy, wpływające zasadniczo na otrzymane rezultaty. Źródłem takiem, mianowicie dla wniosków statystyczno-lekarskich, źródłem bogatem i dotąd nie wyzyskanem, są księgi ludności, prowadzone z wszelką skrupulatnością w każdym urzędzie gminnym. Ta skrupulatność dostatecznie zostanie zrozumiałą, skoro powiemy, że jedynie z ksiąg tych władze zasięgają wiadomości co do poboru rekruta. Kontrola urzędów gminnych, jakkolwiek obejmuje całą ludność gminy, szczególniej rozciągnięta zostaje nad ludnością stałą, niestała bowiem odbywa powinność wojskową w miejscach swego stałego zamieszkania i tam jest ściśle kontrolowana. To nas powinno dostatecznie przekonywać o ścisłości danych, zawartych w księgach stałej ludności gmin. Zkąd jednak otrzymuje wiadomości takie sam urząd gminny? Kancelaryjnie manipulacja odbywa się w ten sposób, że każdy proboszcz parafji co kwartał zawiadamia odnośne gminy o wszelkich zmianach śród ludności: o nowonarodzonych, zmarłych i t. d. Że zaś każdy z nich o księdza oprzeć się musi, że np. chrzty śród naszej ludności dopełniane są zazwyczaj w dzień urodzenia lub nazajutrz, więc oczywiście wiadomości z tego źródła są pewne i nigdy nie opóźnione. Tak się ma z ludnością chrześcijańską; inaczej z żydowską, która, czy to z przesądu, czy przez lekceważenie przepisów, melduje się z bardzo wielkiemi opóźnieniami, podając wtedy daty takie, jakie w widokach osobistych kalkulacji wypadają korzystniej dla zainteresowanych. W ostatnich kilku latach niema tu żadnej zmiany na lepsze, pomimo wprowadzenia instytucji rabinów rządowych, którzy, mając osobiste zyski ze sporządzania aktów urodzeń i zejść, w swoim własnym interesie pilnują ruchu ludności żydowskiej. W każdym razie, wiadomości co do żydów nie wytrzymują dzisiaj krytyki ścisłości wymaganej dla statystyki. W sumie, z ksiąg ludności gminnej dla celów statystycznych można z pewnością korzystać tylko odnośnie stałej chrześcijańskiej ludności. Tej też części mieszkańców tyczą poniżej przytoczone liczby. Każda stronica takiej księgi ludności przeznaczona jest dla jednej rodziny; rodziny liczniejsze zajmują czasami kilka stronic. Te stronice podzielone są na rubryki: imię i nazwisko, imiona rodziców, rok, miesiąc i dzień urodzenia, rodzaj zajęcia; ostatnia rubryka pod tytułem „uwagi" zawiera wiadomości o śmierci, zamążpójściu, wyemigrowaniu lub emigracji odpowiedniego osobnika, z oznaczeniem ścisłej daty zaszłej

zmiany. W tej rubryce o ożenionych lub wyszłych zamąż jest notatka „zapisany powtórnie na stronicy 00", jako osobnikach, którzy, tworząc nową rodzinę, otrzymują osobną stronicę księgi. To też, obliczając np. ludność gminy, ciągle trzeba się mieć na baczności i zwracać uwagę na ostatnią rubrykę, żeby jednej osoby dwa razy nie policzyć, a tem samem nie otrzymać podstawowej liczby fikcyjnej. Z zachowaniem takiej ostrożności korzystałem z ksiąg ludności w przytaczanych niżej danych dla gminy Bełżyce w powiecie lubelskim, które Sz. Panom pozwolę sobie zakomunikować. Przedewszystkiem, obliczałem ludność gminy w dniu 1 stycznia, roku, od którego zaczynałem rachunek (1877), wedle lat urodzenia z roku na rok, z osobna dla kobiet i dla mężczyzn. W ten sposób otrzymałem liczbę ludności w dniu 1 stycznia 1877 roku wedle wieku w różnicach rocznych i wedle płci. Odnotowywałem następnie datę i płeć urodzonych w 1877 r., datę urodzenia i płeć zmarłych w tymże roku 1877, oraz ścisłą datę ich śmierci, wreszcie wiek, płeć i datę przesiedlonych do gminy i wymeldowanych z niej. Odnotowawszy zmiany zaszłe w ciągu roku 1877, otrzymywałem w ten sposób liczbę ludności wedle wieku i płci dla następnego 1 stycznia roku 1878, a prócz tego dane co do śmiertelności całego roku i pojedyńczych jego miesięcy, jak również takie same dane co do urodzeń. Powtarzając te same manipulacje z roku na rok, otrzymywałem takie dane dla 1 stycznia siedmnastu kolejnych lat 1877—1893, ze wszelką ścisłością, jaką dać mogą księgi ludności gminnej.

Nie będę dalej tłomaczył, jaką drogą, mając już ów surowy materjał, przyszedłem do ostatecznych wniosków, bo manipulacje z liczbami polegają na prostych działaniach arytmetycznych. Zachodzi jednak nawet w tak prostej rzeczy pewna wątpliwość: jeżeli np. mamy wiadomości co do ilości zmarłych w pewnym roku i chcemy otrzymać wysokość śmiertelności w tymże roku, to zachodzi kwestja, w stosunku do jakiej liczby mieszkańców mamy ją obliczać, czy do ilości mieszkańców w dniu 1 stycznia, czy w końcu roku. W pierwszym wypadku otrzymamy wyznacznik wyższy od istotnego, w drugim niższy. Z wątpliwością tą radziłem sobie w ten sposób, że ilość mieszkańców brałem średnią z liczb w dniu 1 stycznia i w końcu roku.

W skład gminy Bełżyce, prócz wsi, wchodzi jedna osada mieszczańska, dawniej miasteczko tejże nazwy. Ludność wiejska pracuje tylko koło roli, w gminie bowiem nawet drobnych zakładów przemysłowych niema; ludność miasteczka w połowie rolnicza, w połowie składa się z drobnych rzemieślników, szewców i bednarzy. Jakkolwiek różnica między ludnością wsi a mieszkańcami osady tak z racji zaję-

cia, jak i całego trybu życia, jest niewielka, żeby jednak uchwycić i te drobne różnice, rachunek przeprowadzałem zosobna dla wsi i dla miasteczka. Odsyłając ciekawych po szczegóły do tablic, tutaj zaznaczę, że średnia z lat 17 śmiertelność wynosiła dla wsi 18,5 na tysiąc, dla miasteczka—21,1°/₀₀; średnia wiejska liczba urodzeń—36,6°/₀₀, taż sama dla miasteczka 36,6°/₀₀. Liczby te uwidocznią swoje znaczenie przez porównanie. Co do śmiertelności, to ta ostatnia wynosiła dla Królestwa Polskiego średnio z lat 1871—1873: 30,4°/₀₀, pamiętać jednak trzeba, że rok 1873 był u nas rokiem cholery. Minimalną za ten czas śmiertelność w Królestwie wykazała gub. suwalska, mianowicie 21,8°/₀₀. Śmiertelność Warszawy w latach 1878—1888 równała się 30,5°/₀₀, lecz już w latach 1883—1888 spadła na 27,1, niezawodnie dzięki postępowi fundamentalnych robót w zakresie uzdrowotnienia miasta, jak kanalizacja i przeprowadzenie wodociągów. Tymczasem w gminie bełżyckiej, jak zresztą wszędzie, gdzie sprawy hygjeny stanowią temat jedynie bezsilnych narzekań, śmiertelność wiejska z 17,7°/₀₀ w latach 1877—1885 podniosła się do 18,6°/₀₀ za czas od 1877—1893, a miejska z 19,9 podskoczyła na 21,1°/₀₀. Pomimo jednak zwiększenia się śmiertelności na prowincji, w każdym razie jeszcze dotąd mamy nad stolicą korzystną przewagę. Mniejszą różnicę wykazują niektóre miasta zagranicą—ludność Chrystjanji np. wykazuje tylko 20,8% śmiertelności, cała zaś Norwegja 17,3°/₀₀, Szwecja 19,2°/₀₀, czyli mniej niż nasza prowincja. Wogóle w Europie daje się spostrzegać fakt zwiększania się śmiertelności w kierunku z północy na południe i z zachodu na wschód, tak że kraje słowiańskie mają pod tym względem smutny przywilej.

Przypominając, że liczba urodzeń we wsiach gminy Bełżyce wynosiła średnio z lat 17-stu 36,6°/₀₀, a w osadzie —36,3°/₀₀, zaznaczamy, że ilość urodzeń w całem Królestwie Polskiem sięgała w latach 1871—1873 42,2°/₀₀, a w Warszawie w 1885 r. 32,5°/₀₀. Dla przykładu przytoczę też same liczby dla Chrystjanji—35,3, dla Pesztu—45,4°/₀₀; są to dwie liczby, minimalna i maximalna, z danych, jakie pod ręką posiadam. Tutaj dodam, że z danych tych widnieje wyraźny stosunek między ilością zmarłych, a ilością urodzonych, w tym sensie, że tam, gdzie liczba urodzeń jest wyższą, wyższą jest również śmiertelność.

Z kombinacji danych o śmiertelności i ilości urodzeń otrzymamy dane co do przewyżki urodzeń nad śmiertelnością, czyli absolutnego przyrostu ludności, który bynajmniej nie zawsze większy jest tam, gdzie ilość urodzeń jest wyższą. Szwecja i Norwegja, które po Francji mają najniższy odsetek urodzeń, dzięki niewielkiej śmiertelności wykazują prawie najwyższy z państw europejskich przyrost ludności

(13,2‰). Dla naszej gminy przyrost ów wyraża się w liczbach (średnio z lat 17)—18,1‰ dla wsi i 15,2‰ dla miasteczka. Są pojedyńcze miasta, w których, jeżeli pominiemy prądy imigracyjne, daje się spostrzegać ubytek ludności; do takich między innemi należą: Petersburg Moskwa i Odessa—w tej ostatniej sięga on aż 15,3 na tysiąc.

Wracając do naszych tablic, łatwo spostrzeżemy, że różnica między wsiami a miasteczkiem polega nietylko na tem, że w tych pierwszych mniej ludzi umiera, więcej się rodzi, a co zatem idzie absolutny przyrost również jest większy. Są inne różnice, niemniej ważne. Wglądając w dane dla pojedyńczych z szeregu 17 lat, spostrzegamy, że maximum i minimum śmiertelności miasta stoi zawsze wyżej, niż we wsiach, że jakkolwiek wiejskie maximum urodzeń nie sięga wysokości maximum miejskiego, lecz za to i w minimum nie spada tak nizko, że również absolutny przyrost ludności, chociaż w maximum sięga wyżej w miasteczku, nie spada za to we wsiach nigdy na minus, co dla miasta miało miejsce w 1881 r. W związku z tem różnice między maximum i minimum, oraz między średnią a maksymalną i minimalną, nie są tak jaskrawe dla ludności wiejskiej, jak to się dzieje w miasteczku, co dowodzi, że życie na wsi płynie spokojniejszem korytem, a przejawy jego stoją bliżej pewnego, nieokreślonego, naturalnego optimum. Porównywając ze sobą tablice śmiertelności i urodzeń, wyciągniemy ten jeszcze wniosek, że różnice w corocznej śmiertelności są o wiele wyższe, niż w ilości urodzeń, która względnie utrzymuje się dość stale na jednym poziomie. Różnica między maximum i minimum śmiertelności wynosi 20,9‰ we wsiach i 26,2 w miasteczku, zaś te same liczby dla urodzeń wynoszą 10,3 i 18,3.

Dane o śmiertelności, liczbie urodzeń i przyroście ludności stanowią trzy podstawowe liczby do wniosków o hygjenicznym stanie kraju, o ile ich poszukujemy na zasadzie wiadomości statystyczno-lekarskich. Mówią one jednak nie wszystko. Wiedząc np. o pewnej wysokości przyrostu ludności, nie wiemy jeszcze, czy ze względów ekonomicznych, a pośrednio i sanitarnych, znaczny przyrost ludności jest najlepszym dla społeczeństwa objawem, jakiego pragnąć należy; niewiadomo bowiem jeszcze, czy naturalnego długu śmierci nie spłacają najbardziej, a przynajmniej w znacznym stopniu, produkcyjne lata życia ludzkiego, długu wetowanego z przewyżką przez przybywanie nowonarodzonych. Istnieje w tym względzie ustalona w nauce teorja Wappäus'a, która wyraźnie dowodzi, że większej liczbie urodzeń towarzyszy prawie stale większa liczba wypadków śmierci, co znaczy: śmierć najwięcej zabiera ofiar z pośród niemowląt. W objawach życia ludzkiego, tak bardzo ze względu na przyczyny je wywołujące skom-

plikowanych, jak np. śmiertelność, raz po raz można się spotkać z brakiem owej zależności, jak między przyczyną a skutkiem, a przynajmniej z brakiem ścisłej zależności. Pomimo niewielkiej liczby urodzeń możemy w pojedyńczych latach znaleźć wysoką śmiertelność, zależną od innych przyczyn, jak epidemje, klęski głodowe i t. d. Już ta jedna okoliczność dostatecznie przekonywa nas, że statystyka opierać się może tylko na długoletnich spostrzeżeniach, w których wyjątkowe przyczyny dla jednego roku zatarłyby się w szeregu lat. W naszych tablicach śmiertelności i urodzeń widzimy, że rok 1881 z maksymalną liczbą wypadków śmierci, bynajmniej nie odznaczał się zwiększoną liczbą urodzeń, owszem, wykazał pod tym względem ,liczbę niższą od średniej. Przebija jednak pewna tendencja powyższego prawa w liczbach minimalnych: rok 1883, z najniższą śmiertelnością wiejską, miał prawie najniższą, bo drugą z kolei liczbę urodzeń. Mniej cokolwiek wyraźuie widać to samo dla miasteczka: rok 1883, z najniższą liczbą urodzeń, miał również jedną z najniższych śmiertelności—trzecią z kolei. Jeszcze wyraźniejsze stwierdzenie prawa o prostym stosunku między wysokością urodzeń i śmiertelności znajdziemy w liczbach średnich: mają również niższą od średniej liczbę urodzeń i odwrotnie, co do lat o śmiertelności przewyższającej średnią.

Udział wieku dziecinnego w ogólnej śmiertelności wyraża się dla dla gminy Bełżyce następującemi liczbami: na 100 wypadków śmierci przypada we wsiach 17,7 na wiek od 0 do 1-go roku życia i 28,7 na wiek od 1-go do 5 lat życia, czyli ogołem 46,4$^0/_0$ wypadków śmierci przypada na pierwsze pięć lat wieku dziecinnego; dla miasteczka odpowiednie liczby wynoszą 19,3, 33,3 i ogółem 52,6$^c/_0$, czyli we wsiach blizko połowa przypada na wiek od 0—5 lat życia. Jeżeli tu dodamy, co wykazuje odpowiednia tablica, że liczba mieszkańców w tym wieku wynosi zaledwie cokolwiek więcej nad $^1/_7$ ogólnej ludności, będziemy mieli niejaką miarę natężenia śmiertelności śród dzieci. Fakt wysokiej śmiertelności śród dzieci jest powszechnym. W Warszawie w okresie czasu od 1882—1893 r., dzieci do lat 5-iu stanowią 55% ogólnej sumy zmarłych; w gub. radomskiej, płockiej, siedleckiej odsetek ów waha się od 37,5 do 47,5%, we Lwowie 37,4%, w Krzeszowicach w Galicji 18,7% ogólnej liczby zmarłych przypada na dzieci w pierwszym roku życia. Takież same stosunki panują w całych państwach: 54,8% ogółu zmarłych w Rossji stanowią dzieci do lat 5-iu, 49,9%—w Bawarji i t. d. Udział następnych okresów życia w ogólnej śmiertelności maleje stopniowo, spadając w naszej gminie do minimum w okresie od 15 do 20 lat życia, w Galicji i wielu innych krajach w okresie 10—15 lat życia; od tego wieku udział w śmiertelności ogółu ludności podnosi się

i spada w wieku starszym, dzięki tylko temu, że, z powodu niewielkiej liczby mieszkańców w tym wieku, absolutnie również niewielu ich umiera. Nie dowodzi to jednak małego natężenia śmiertelności śród starców, jak zresztą wogóle dane przytoczone nie wyrażają ściśle siły śmiertelności pojedyńczych okresów życia. Żeby powziąć o niej wyobrażenie, należy brać stosunek pomiędzy ilością zmarłych w pewnym okresie życia, a ilością żyjących w tymże wieku. Dla tego trzeba znać skład ludności wedle grup wiekowych i w tym celu ciekawych co do szczegółów odsyłam do tablicy. Tutaj zaznaczę, że w naszej gminie, wolnej od wyraźniejszych prądów emigracyjnych i imigracyjnych, udział pojedyńczych grup wiekowych w ogólnym składzie ludności maleje stopniowo w miarę postępowania w lata, tylko jako naturalne następstwo śmierci, spadając ze 145,9‰ w wieku od 0—5 lat do 1,4‰ w wieku starszym od lat 80. Inaczej rzecz się ma atoli z miastami wielkiemi: największy odsetek mieszkańców przypada w nich na wiek od lat 15—30, co się tłomaczy zwiększonym popytem na ręce ludzkie, łatwością zarobkowania, a ztąd imigracją młodych sił z prowincji. Porównywając w naszych tablicach ludność wiejską z miejską, widzimy, że we wsiach ludność w wieku dojrzałym, od 30 do 55 lat, jest stosunkowo liczebnie niższą niż w miasteczku, zaś między wieśniakami więcej jest dzieci, młodzieży i starców. Jakkolwiek różnice te są nieznaczne, to jednak, gdybyśmy okres życia od 15 do 60 lat nazwali okresem produkcyjnym, otrzymamy, że we wsiach na 1000 ludności przypada 573,3 mieszkańców okresu produkcyjnego, zaś w miasteczku 579,8. Mała więc przewyżka przypada nawet tutaj na korzyść ludności miejskiej.

Posiadając dane o ilości mieszkańców w poszczególnych okresach życia i o ilości wypadków śmierci w tychże okresach, otrzymujemy z ich zestawienia dane co do natężenia śmiertelności pojedyńczych grup wiekowych, t. j. liczby wyrażające istotne niebezpieczeństwo śmierci każdego okresu życia. Liczby te posiadają wysoką doniosłość: ilustrują znaczenie dokładniej dane co do ogólnej śmiertelności ludności, wskazują bowiem, które mianowicie okresy życia odznaczają się wybitną śmiertelnością, naprowadzają w ten sposób na przypuszczenia co do przyczyn wzmożonej śmiertelności, a przez to wskazują drogę, po której kroczyć należy ku naprawie złego. Krzywa natężenia śmiertelności pojedyńczych okresów życia w naszych danych zaczyna się na szczycie w wieku niemowlęcym, spada coraz niżej, wyraźnymi skokami, aż do wieku 10—15 lat życia, staje na minimum w wieku 15—20 lat, odtąd zaczyna się podnosić, zwolna z początku, lecz już coraz wyraźniej od 45 roku życia i w wieku starszym sięga powtórnego maximum, przewyższającego nawet szczyt niemowlęcy. Taki kierunek krzywej spoty-

kamy we wszystkich państwach i miastach, dla których tylko dane te posiadamy, jest więc on tak typowym, że stanowi prawo. Różnice polegają tylko na wysokości szczytu i stopniu natężenia śmiertelności w pojedyńczych okresach. Tak np., porównywając nasze dane z innemi, widzimy, że co do śmiertelności niemowląt najniższą okazuie się ona śród dzieci wiejskich naszej gminy i wynosi około 100 wypadków śmiertelności na tysiąc. Najbardziej zbliża się do naszej śmiertelności śmiertelność śród niemowląt w Norwegji, stanowi bowiem 106‰ urodzonych dzieci. Ta korzystna dla nas różnica nie powinna budzić podejrzeń co do prawdziwości naszych danych, odsetek bowiem norwezki jest brany w stosunku do całej ilości urodzonych w państwie dzieci, tak wiejskich jak i miejskich. Już w miasteczku mamy 117‰, gdybyśmy zaś dodali do tego śmiertelność naszych miejskich niemowląt, śmiertelność domów podrzutków, to trudno jest nawet przewidywać, jak dalece utracilibyśmy tę naszą pozorną przewagę. Co do śmiertelności następnych okresów życia u nas i gdzieindziej (Anglja, Francja, Norwegja) to spostrzegamy, że już od 2-go roku życia aż do 15-go mamy śmiertelność silniejszą, od 15—40 słabszą, następnie aż do 80 znowu silniejszą. Różnica między ludnością wiejską a małomiasteczkową polega na mniejszej śmiertelności wieśniaków w wieku dziecinnym do 15-go roku życia i w wieku starszym od 65. Po za tymi okresami, a więc w najprodukniejszych latach życia ludzkiego, jakkolwiek nie stale, wyraźnie jednak, przebija tendencja zwiększonej śmiertelności u wieśniaków w porównaniu z mieszczanami. Dla całego tego okresu, od lat 15 do 65, śmiertelność wiejska wynosi 13,5‰, kiedy miejska 12,8 tylko. Spostrzeżenia powyższego, opartego na ludności jednej gminy, nie mogę uogólniać, zaznaczę jednak, że podobny stosunek panuje w Moskwie, gdzie śmiertelność produkcyjnych okresów życia niższą jest, niż ta sama dla całej Rossji: co tłomaczy Erisman tą okolicznością, że do Moskwy imigrują na zarobki ludzie młodzi, zdrowi i silni— faktu jednak podobnego nie spotykamy w innych ogniskach przemysłu. Wracam na krótką jeszcze chwilę do śmiertelności niemowląt. Wszędzie mianowicie natężenie śmiertelności 1-go roku życia zmniejsza się w miarę postępowania w wiek, tak że w pierwszym miesiącu życia jest ono największem, w 12 najmniejszem; u nas, jakkolwiek stoi na szczycie w 1 miesiącu, spada tylko do 4—5, poczem znowu wznosi się. Trudno jest posądzać, aby rezultat przez nas otrzymany był tylko przypadkowym, bo jest on średnim z kilkunastu lat, uważam go za objaw stały, zależny od braku opieki nad drobną dziatwą. W rzeczywistości, nasza prowincjonalna dziatwa doznaje drobiazgowej macie-

rzyńskiej opieki póki pozostaje w bezradnem niemowlęctwie, już jednak z chwilą, kiedy się czołgać potrafi, puszczona bywa samopas.

Posiadając dane co do śmiertelności pojedyńczych okresów życia, łatwo obliczyć możemy długość życia ludności. Ponieważ u nas umiera 96‰ niemowląt, więc z 1000 jednocześnie urodzonych, pierwszy rok życia przeżyje 904 osobników; wiedząc dalej, że w 2-im roku życia natężenie śmiertelności równa się 70‰, otrzymamy, że z 904, pozostałych przy życiu z pierwszego roku, powinno umrzeć 63, czyli pozostałoby na 3-ci rok 841 osób i t. d. W ten sposób utworzyłem tablicę długowieczności naszej ludności. Odsyłając po szczegóły do tablicy, tutaj powiem, że gdybyśmy mieli prawo liczby przez nas otrzymane uogólnić na kraj cały, moglibyśmy, jeżeli nie cieszyć się ze swego położenia, to przynajmniej nie rozpaczać z racji porównania ze wszystkimi ludami Europy, zwłaszcza co do pierwszych lat życia ludzkiego. Gorzej już wychodzimy z porównania w latach następnych, a zwłaszcza starszych. Już 4-ch lat życia dosięga w Szwecji (kraj pozostający w najlepszych pod tym względem warunkach) więcej osobników niż u nas na wsi. Ponieważ jednak prawa takiego nie posiadamy, ponieważ liczby, tyczące Szwecji, wzięte są z życia całej jej ludności, nie tylko wiejskiej, więc nie możemy się takiem porównaniem łudzić. Dzisiaj możemy powiedzieć tylko, że ludność gminy Bełżyce ze względu na długowieczność, pozostaje w lepszych warunkach, niż ludność Szwecji, Anglji i Francji o tyle, że u nas więcej pozostaje przy życiu osobników w pierwszych latach życia; w jednakowych — o tyle, że jak tam, tak i u nas, połowa jednocześnie urodzonych przepada między 40—50 rokiem życia; w gorszych—bo dożyć późnej starości posiadamy mniej szans (80 lat dożywa z 1000 jednocześnie urodzonych w Szwecji i Anglji 90 osób, we Francji—85, w gminie Bełżyce 73—75). Jeżeli kres, którego sięga połowa jednocześnie urodzonych, nazwiemy średnią długością życia, to taką samą jego długość, jak w gminie bełżyckiej, 40—50 lat, znajdujemy w Szwecji, Anglji, Francji i Prusach, na 30—40 latach ginie połowa urodzonych w Bawarji, na 25—30 w Austrji i 15—20 w Rossji. W tej ostatniej są miejscowości, w których juz w pierwszym roku życia ginie połowa nowonarodzonych. Dr. Bogdanik—dla Białej w Galicji i Dr. Ściborowski—dla Krzeszowic, przyjmowali średni wiek zmarłych jako średnie trwanie życia i otrzymali w ten sposób pierwszy 30,7 lat, drugi 27,9. Tak nizkie średnie trwanie życia, otrzymane przez D-rów Bogdanika i Ściborowskiego, i tak wielka różnica z danemi naszemi, tyczącemi ludności tejże samej narodowości, sąsiadującej o miedzę, zależy od tego, że między zmarłymi znaczną przewagę mają dzieci i tem znaczniejszą, o ile są młodsze. Okoliczność ta znacznie

zniża wysokość średniego trwania życia, identyfikowanego ze średnim wiekiem zmarłych. Wogóle, należałoby się porozumieć, co rozumieć należy przez średnie trwanie życia, czy średni wiek zmarłych, czy też kres, którego sięga połowa jednocześnie urodzonych. Jak różną otrzymamy liczbę przy pierwszym a drugim sposobie pojmowania, zaznaczę, że kiedy w Bełżycach połowa jednocześnie urodzonych ginie dopiero między 40—50 rokiem życia, to średni wiek zmarłych w okresie 17-letnim wynosił zaledwie 21 lat. Przyjmując średni wiek zmarłych jako średnie trwanie życia, opieramy się, z racji przewagi śród zmarłych drobnych dzieci, głównie na osobnikach, którzy najmniej do warunków życia potrafili się przystosować, nie uwzględniamy zaś, że przy życiu pozostawały osobniki coraz to dzielniejsze.

Z kolei, od rocznej śmiertelności przejdziemy do śmiertelności poszczególnych miesięcy roku. Śmiertelność ludności gminy Bełżyce rozkłada się pomiędzy pojedyncze miesiące roku w ten sposób, że pierwsza połowa roku ma ją wyższą niż druga połowa i maximum jej przypada na luty i marzec, a minimum na lipiec i październik. Ze 100 zmarłych 55—56 osób umiera w pierwszej połowie roku, z czego przeszło 30 przypadków śmierci ma miejsce w pierwszych trzech miesiącach roku. Odwrotny stosunek panował w Warszawie w latach 1884—1893, gdzie maximum przypadało na lipiec, sierpień, wrzesień, a minimum na luty, kwiecień, maj. Porównywając tablicę śmiertelności wedle miesięcy z takąż tablicą dla urodzeń, widzimy, że we wsiach styczeń, luty i marzec, miesiące o najwyższej śmiertelności, posiadają również najwyższą liczbę urodzeń, czerwcowe minimum śmiertelności równoległem jest z minimum urodzeń. O wiele mniej widoczną jest zależność śmiertelności od urodzeń w danych dla miasteczka, szczególniej zaś sprzecznem jest październikowe maximum urodzeń z minimum śmiertelności w październiku. Różnice między poszczególnymi miesiącami ze względu na śmiertelność i urodzenia są mniej wyraźne na wsi niż w miasteczku. Tak, różnica między maximum a minimum śmiertelności na wsiach wynosi 4,0, w miasteczku 6,2; też same liczby dla urodzeń wynoszą: we wsiach 3, w miasteczku 4,9. Co do urodzeń, to szczególniej w miasteczku wyraźnie odbijają dwa maxima: styczniowe i październikowe. Październikowe maximum urodzeń znajduje tłomaczenie w zwiększonej ilości zawieranych w styczniu małżeństw, dla tego też zwie go Wappäus—społecznem. Styczniowe ma być następstwem budzącej się na wiosnę z zimowego uśpienia całej natury, ztąd zwie go Weppäus—kosmicznem. Dla ludności wiejskiej owe zimowe, przypadające na trzy pierwsze miesiące roku, maximum, maximum kosmiczne jest jednocześnie i społecznem, potrzebując bowiem do wiosennych

i letnich robót pracownika, wieśniacy mają swój drugi, powielkanocny sezon ślubów.

Pomiędzy przyczynami wzmożonej śmiertelności wymieniają również wpływ nieurodzajów i wynikającej ztąd drożyzny środków do życia. Dla porównania brałem ceny żyta i kartofli, jako produktów stanowiących główne źródło pożywienia naszej wiejskiej ludności i otrzymałem, że lata ze śmiertelnością niższą od średniej miały ceny wyższe od lat ze śmiertelnością wyżej średniej. Pozorny ten paradoks daje się łatwo wytłomaczyć: przedewszystkiem w szeregu lat branych do spostrzeżeń nię było roku nieurodzaju, wzrastanie zaś cen na produkty rolne zależy często od różnych postronnych kombinacji, niemających związku z urodzajem i trzymanie się cen w pewnych granicach wysokości nie stanowi jeszcze klęski; powtóre, dane nasze wzięte są z życia tej części ludności, która, jako producent, zupełnie inaczej zaintoresowana jest podwyżką cen, dla której ceny wyższe idą w parze ze zwiększonym dobrobytem. Nietylko u nas spotykamy brak owego związku, spostrzegano go nawet w krajach tak mało rolniczych, jak Anglia. Przy dzisiejszych środkach komunikacyjnych łatwo jest powetować dowozem braki, wynikające z nieurodzaju ograniczonego do niewielkiej przestrzeni. Wreszcie, jest jeszcze jedna okoliczność, z powodu której nie zawsze daje się wykazać powyższy związek. Zauważono mianowicie, że wahania cen na środki spożywcze nie okazują wpływu na śmiertelność dzieci, która, jak wiemy, stanowi potężny odsetek ogólnej śmiertelności. Zdaje się nawet spostrzegać coś wręcz przeciwnego: ponieważ w lata tanie, dające łatwiejszą możność utrzymania rodziny, ludność więcej zawiera małżeństw, a więc i liczba urodzeń jest wyższą, otrzymamy właśnie wtedy również wyższą śmiertelność. Nie przecząc jednak zależności natężenia śmiertelności od nieurodzajów, widzimy tylko, że wobec wielu jej przyczyn, działających w rozmaitych kombinacjach, zależność ta nie łatwo daje się wykazać.

Zatrzymamy się jeszcze na statystyce płci. W naszej gminie, we wsiach na 1000 kobiet przypada 958 mężczyzn, do 10-go jednak roku życia przeważają mężczyzni; w miasteczku na 1000 kobiet przypada 980 mężczyzn i mężczyzni przeważają do 30 roku życia. Tak we wsiach jak i w miasteczku, na 1000 rodzących się dziewcząt przypada 1015 chłopców. Między zmarłymi było 50,51% mężczyzn i 49,9% kobiet na wsi i 49,20% mężczyźn, a 50,80% kobiet—w mieście. Z 1000 mężczyzn umiera we wsiach 19,2, z tysiąca kobiet 18; w miasteczku—21 mężczyzn i 21,2 kobiet. Co do śmiertelności pojedyńczych okresów życia, to mężczyzn umiera więcej w latach dziecinnych do lat 15 i po za okresem dojrzałości, od lat 50 na wsi i od 40 w miasteczku, zaś śmier-

telność kobiet wyższą jest w latach dojrzewania i dojrzałości, jako w okresach, w których organizm żeński sprawuje specjalne funkcje. Śmiertelność obojga płci równą się staje u wieśniaków w okresach od lat 5 do 15 i od 30 do 40; w tymże czasie, w miasteczku śmiertelność mężczyzn i kobiet wykazuje najmniejsze różnice. Śmiertelność płci dla ludności Warszawy wykazuje z 10-letnich spostrzeżeń: mężczyzn umiera więcej niż kobiet w wieku dziecinnym i w okresie od 30 do 60 lat, w innych okresach przeważa śmiertelność kobiet. Ten sam stosunek, w zasadzie, spotyka się wszędzie.

Na tem kończą się nasze wiadomości, wyprowadzone z danych, posiadających wymaganą statystyczną ścisłość. Pozostaje jeszcze jedna część ludności prowincjonalnej, dla której brak nam dostatecznie pewnych surowych liczb, na postawie których możnaby pokusić się o utrzymanie danych statystycznych. Mam tu na myśli ludność żydowską. Niedbalstwo w powiadamianiu urzędu gminnego o wszelkich zmianach, śród niej zachodzących, czyni wiadomości urzędów gminnych już na pierwszy rzut oka podejrzanemi. W ostatnich kilku latach zaszły jednak i dla ludności żydowskiej niejakie zmiany na lepsze. Od lat pięciu obowiązuje przepis, na mocy którego każdy nowonarodzony żyd traci wszelkie ulgi, jakieby mu w przyszłości mogły przysługiwać w spełnianiu powinności wojskowej, jeżeli nie został zameldowany w ciągu ośmiu dni od urodzenia. Ten przepis wprawdzie dotyczy tylko urodzeń i interesuje tylko płeć męzką, tak że i w tym względzie tylko z zastrzeżeniami można pokusić się o poszukiwanie, na zasadzie danych statystycznych, wpływu rasy i odmiennych warunków życia. Z wielką tylko ostrożnością można np. przyjąć nasze liczby co do stosunku między płciami ze względu na ilość urodzeń, wedle których na 1000 rodzących się dziewcząt przypada 1409 chłopców, oczywiście dla tego, że dziewczęta zameldowane nie zostały. Wogóle jednak zgodzić się można, że ilość urodzeń wyższą jest niż śród chrześcjan, wynosi bowiem średnio z lat 5-ię 38,3$^0/_{00}$, a w pojedyńczych latach sięga niebywale wysokiej u chrześcjan cyfry, jak np. w 1893 r.—52,6$^0/_{00}$. Jakkolwiek liczby te o ścisłość ubiegać się nie mogą, gdyż można przypuścić, że przez niemeldowanie nietylko nowonarodzonych, lecz i dorosłych (np. mężów lub żon przybywających z innych miejscowości), liczba ogólna ludności wyższą jest niż w wykazach gminnych, a wskutek tego zmniejszyłby się również procentowy stosunek urodzeń, to jednak, pamiętając równocześnie o niewątpliwych brakach w wiadomościach o nowonarodzonych dziewczętach, możemy z wielkiem prawdopodobieństwem wierzyć w wyższą siłę rozrodczą ludności żydowskiej. Gdybyśmy na chwilę uwierzyli w prawdziwość stosunku między rodzącymi się chłop-

cami a dziewczętami, musielibyśmy podziwiać wysoką śmiertelność śród mężczyzn żydów, gdy bowiem na 1000 dziewcząt rodzi się 1409 chłopców, w ogólnym składzie ludności żydowskiej na 1000 kobiet przypada tylko 966 mężczyzn. Z faktu o wysokiej liczbie urodzeń śród żydów należałoby a priori przypuszczać, że w liczebnym składzie ogółu ludności stosunek okresów życia produkcyjnych do nieprodukcyjnych powinien być gorszym u żydów niż u chrześcjan. Stwierdza to i nas nieścisły rachunek, wprawdzie nie tak jaskrawo, jakby tego można oczekiwać (na 1000 ludności — 578 ludności okresu produkcyjnego, u chrześcjan—579,8), co znowu nasuwa przypuszczenie o wysokiej śród żydów śmiertelności dzieci. Do wiadomości urzędów gminnych o śmiertelności ludności żydowskiej nie przywiązujemy zgoła znaczenia. Odsetek śmiertelności już przez to samo, że jest tak nizki (12,7%) daje miarę swej wartości. Ze względu na zupełną niepewność tych danych ograniczam się na powyższych paru cyfrach.

Przy pisaniu niniejszego korzystałem z następujących prac:

Prof. Witold Załęski. Statystyka Porównawcza Królestwa Polskiego. 1876.

Ruch ludności miasta Warszawy za okres 12-letni (1882—1893) opracowany przez sekcję statystyczną magistratu m. Warszawy. Pojedyńcze tomy Zbioru wiadomości do antropologji krajowej.

Zdrowie — pojedyńcze roczniki.

Erisman. Kurs hygjeny (po rossyjsku).

Tablice szczegółowe.

Na 1000 ludności umierało corocznie:

	we wsiach	w miasteczku		we wsiach	w miasteczku
w roku 1877	14,5	23,0	w roku 1886	15,1	20,6
„ 1878	14,1	15,7	„ 1887	20,0	20,5
„ 1879	11,1	14,7	„ 1888	19,0	18,2
„ 1880	15.1	17,2	„ 1889	29,9	33,6
„ 1881	30,7	37,1	„ 1890	18,5	24,2
„ 1882	17,9	10,9	„ 1891	23,0	19,0
„ 1883	9,8	14,8	„ 1892	27,2	19,4
„ 1884	11,0	13,9	„ 1893	16,4	23,2
„ 1885	16,7	32,1			

Na 1000 ludności było urodzeń:

	we wsiach	w miasteczku		we wsiach	w miasteczku
w roku 1877	35,3	30,9	w roku 1886	37,3	38,4
„ 1878	35,5	35.6	„ 1887	38,4	36,0
„ 1879	31,3	37,2	„ 1888	38,8	43,4
„ 1880	36,6	35,8	„ 1889	37,6	36,7
„ 1881	33,2	31,5	„ 1890	37,2	39,2
„ 1882	32,8	38.3	„ 1891	38,9	35,0
„ 1883	32,7	28,2	„ 1892	36.8	35,1
„ 1884	36,9	31,1	„ 1893	41,6	37,4
„ 1885	35,8	46,6			

Przewyżka urodzeń nad śmiertelnością wynosiła na 1000 mieszkańców:

	we wsiach	w miasteczku		we wsiach	w miasteczku
w roku 1877	20,8	7,9	w roku 1886	22,2	17,8
„ 1878	21,4	19,9	„ 1887	18,4	15,5
„ 1879	20,2	22,5	„ 1888	19,8	25,2
„ 1880	21,2	18,6	„ 1889	7,8	3,1
„ 1881	2,5	—5,4	„ 1890	17,8	14 9
„ 1882	14,9	27,4	„ 1891	15,9	16,0
„ 1883	22,9	13,4	„ 1892	9,6	15,7
„ 1884	25,9	17,2	„ 1893	25,2	14,2
„ 1885	19.1	14,4			

Średnia z lat 17 śmiertelność wynosiła dla wsi 18,5%
„ „ „ „ „ miasta 21,1%
„ „ urodzeń „ „ wsi 36,6%
„ „ „ „ „ miasta 36,3%
„ „ przewyżka urodzeń „ „ wsi 18,1%
„ „ „ „ „ miasta 15,2%

Ze 100 wypadków śmierci przypada.

	we wsiach	w miasteczku		we wsiach	w miasteczku
na wiek od 0— 1 r. życia	17,7	19,3	na wiek od 30—40 r. życia	4,4	2,7
„ „ 1— 5 „	28,7	33,3	„ „ 40—50 „	6,6	6,7
„ „ 5—10 „	8,0	6,9	„ „ 50—60 „	7,6	6,4
„ „ 10—15 „	3,3	3,6	„ „ 60—70 „	9,1	8,0
„ „ 15—20 „	3,0	1,3	„ „ 70—80 „	4,9	4,8
„ „ 20—30 „	6,4	6,0	„ „ 80 i wyżej	0,3	1,0

Na 1000 ludności przypadało mieszkańców:

w wieku od 0— 5 lat	145,9	144,2	w wieku od 45—50 lat	45,6	48,1
„ „ 5—10 „	118,4	116.1	„ „ 50—55 „	39,1	40,2
„ „ 10—15 „	112,4	112,7	„ „ 55—60 „	30,6	29,3
„ „ 15—20 „	109,9	107,0	„ „ 60—65 „	22,7	22,1
„ „ 20—25 „	97,4	93,9	„ „ 65—70 „	14.9	14,4
„ „ 25—30 „	81,0	78,5	„ „ 70—75 „	8,1	6,6
„ „ 30—35 „	63,1	65,0	„ „ 75 80 „	2,9	2,8
„ „ 35—40 „	54,8	61,1	„ „ 80 i wyżej	1,4	1,3
„ „ 40—45 „	51,7	56,5			

Z pośród 1000 mieszkańców każdego wieku umiera corocznie:

w wieku od 0— 1 lat	95,5	117,8	w wieku od 30—35 lat	5,9	3,5
„ „ 1— 2 „	69,9	102,0	„ „ 35—40 „	8,0	5,7
„ „ 2— 3 „	55,9	71,7	„ „ 40—45 „	11,8	12,2
„ „ 3— 4 „	37,1	47,8	„ „ 45—50 „	13,2	15,2
„ „ 4— 5 „	23,9	27,9	„ „ 50—55 „	19,2	12,2
„ „ 5—10 „	12,6	12,6	„ „ 55—60 „	22,2	29,1
„ „ 10—15 „	5,4	6,8	„ „ 60—65 „	37,0	32,9
„ „ 15—20 „	5,1	2,5	„ „ 65—70 „	55,7	66,7
„ „ 20—25 „	6,6	6,1	„ „ 70—75 „	72,4	104,6
„ „ 25—30 „	6,5	8,8	„ „ 75—80 „	112,I	110,3

Odsetka śmiertelności wieku od 0 do 1 (95,5 dla wsi i 117,8 dla miasteczka) rozkłada się pomiędzy miesiące pierwszego roku życia w taki sposób, że:

	we wsiach	w miasteczku
w 1 miesiącu życia umiera	15,2	10,8
2 „ „ „	10,4	13,0
3 „ „ „	7,0	6,5
4 „ „ „	6,2	6,5
5 „ „ „	6,2	4,3
6 „ „ „	5,8	7,6
7 „ „ „	6,9	16,2
8 „ „ „	6,6	9,7
9 „ „ „	7,3	8,6
10 „ „ „	7,3	10,8
11 „ „ „	7,7	13,0
12 „ „ „	8,9	10,8
	95,5	117,8

Z 1000 jednocześnie urodzonych przeżywa:

	we wsiach	w miasteczku		we wsiach	w miasteczku
1 rok życia . . .	904	882	35 lat życia. . . .	576	554
2 lata „ . . .	841	792	40 „ „ . . .	557	537
3 „ „ . . .	794	735	45 „ „ . . .	517	504
4 „ „ . . .	765	700	50 „ „ . . .	483	464
5 lat „ . . .	747	680	55 „ „ . . .	441	436
10 „ „ . . .	702	638	60 „ „ . . .	393	377
15 „ „ . . .	682	615	65 „ „ . . .	325	321
20 „ „ . . .	659	608	70 „ „ . . .	241	226
25 „ „ . . .	625	590	75 „ „ . . .	154	138
30 „ „ . . .	600	564	80 „ „ . . .	75	73

Ze 100 zmarłych przypada:

	we wsiacb	w miasteczku		we wsiach	w miasteczku
na styczeń	10,6	7,5	na lipiec	6,4	6,9
„ luty	11,3	10,0	„ sierpień. . . .	7,4	8,7
„ marzec	10,8	11,5	„ wrzesień . . .	7,7	9,5
„ kwiecień . . .	8,6	10,4	„ październik . .	7,5	5,3
„ maj	8,4	8,6	„ listopad . . .	8.2	7,1
„ czerwiec . . .	6,5	7,6	„ grudzień . . .	6,6	6,9

Ze 100 urodzonych przypada:

na styczeń	9,6	10,2	na lipiec	7,8	8,3
„ luty	9,3	8.5	„ sierpień . . .	8,4	8,7
„ marzec	9,8	7,3	„ wrzesień . . .	8,7	9,4
„ kwiecień . . .	8,1	7,2	„ październik . .	7,6	11,3
„ maj	7,7	6,4	„ listopad . . .	7,9	7,6
„ czerwiec . . .	6,8	6,6	„ grudzień . . .	8,4	8,5

Ze 100 żyjących umiera:

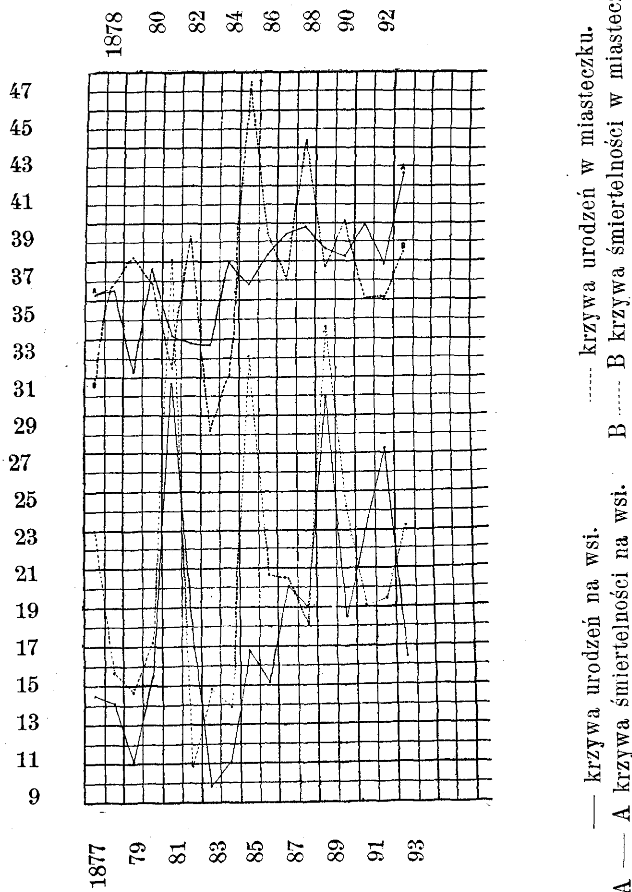
w wieku od	we wsiach		w miasteczku		w wieku od	we wsiach		w miasteczku	
	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet		mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet
0—1	10,0	8,8	12,2	8.3	25—30	0,5	0,8	0,8	0,9
1—2	6,8	7,1	9,3	9,1	30—40	0,7	0,7	0,4	0,5
2—5	4,4	3.5	4,4	5,1	40—50	1,1	1,3	1.6	1,0
5—15	0,9	0,9	0,9	1,1	50—60	2,3	1,8	2.5	1,3
15—20	0,3	0,7	0,2	0,3	60—70	4,6	4,1	4,6	4,3
20—25	0,6	0,7	0,4	0,8					

Tablica porównawcza śmiertelności i cen na prodnkty spożywcze:

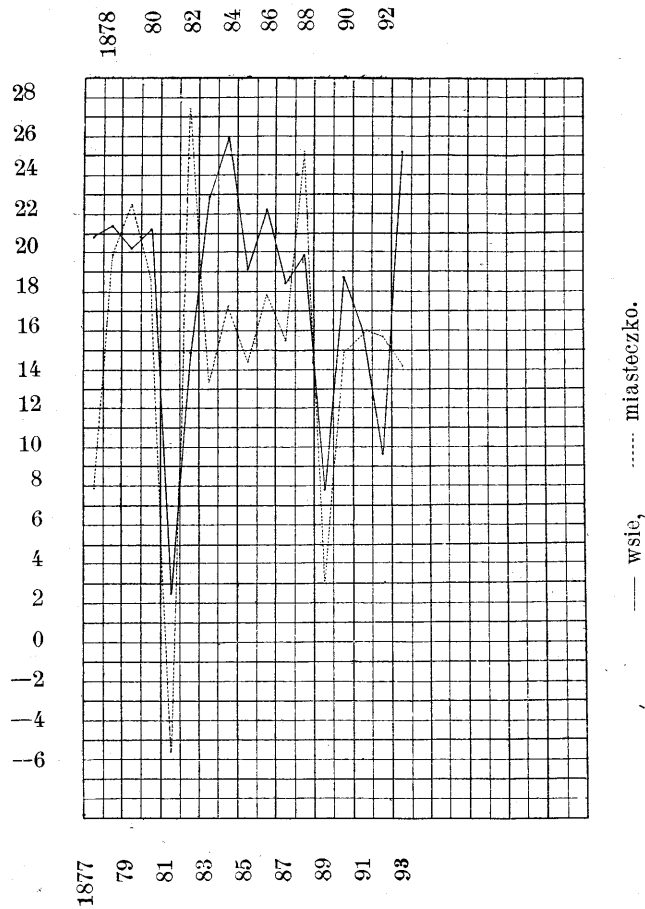
Rok	Ceny żyta korzec	Ceny kartofli korzec	Śmiertelność wiejska	Śmiertelność miejska	Rok	Ceny żyta korzec	Ceny kartofli korzec	Śmiertelność wiejska	Śmiertelność miejska
1877	4,05	0,85	14,5‰	23,0‰	1886	3,85	0,66	19,0	18,2
1878	5,30	1,20	14,1	15,0	1887	3,55	0,65	20,0	20,5
1879	6,10	1,40	11,1	14,7	1888	3,40	0,66	19,0	18,2
1880	5,85	0,95	15,4	17,2	1889	4,00	0,75	29,8	33,6
1881	4,50	1,20	30,7	37,1	1890	4,22	0,87	18,5	24,2
1882	4,95	1,45	17,9	10,9	1891	5,55	1,20	23,0	19,0
1883	4,90	1,40	9,8	14,8	1892	5,26	1,15	27,2	19,4
1884	3,50	0,75	11,0	13,9	1893	3,20	0,72	16,4	23,2
1885	3,50	0,62	16,7	32,1					

Tablice graficzne.

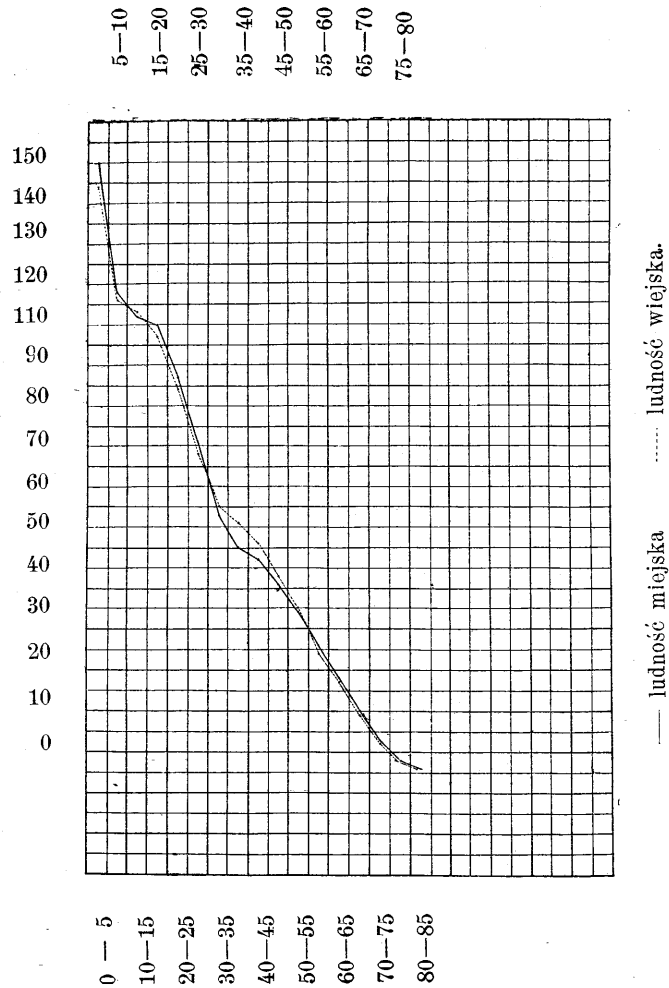
I i II. Tablice śmiertelności i urodzeń w ‰ ogólnej liczby ludności.



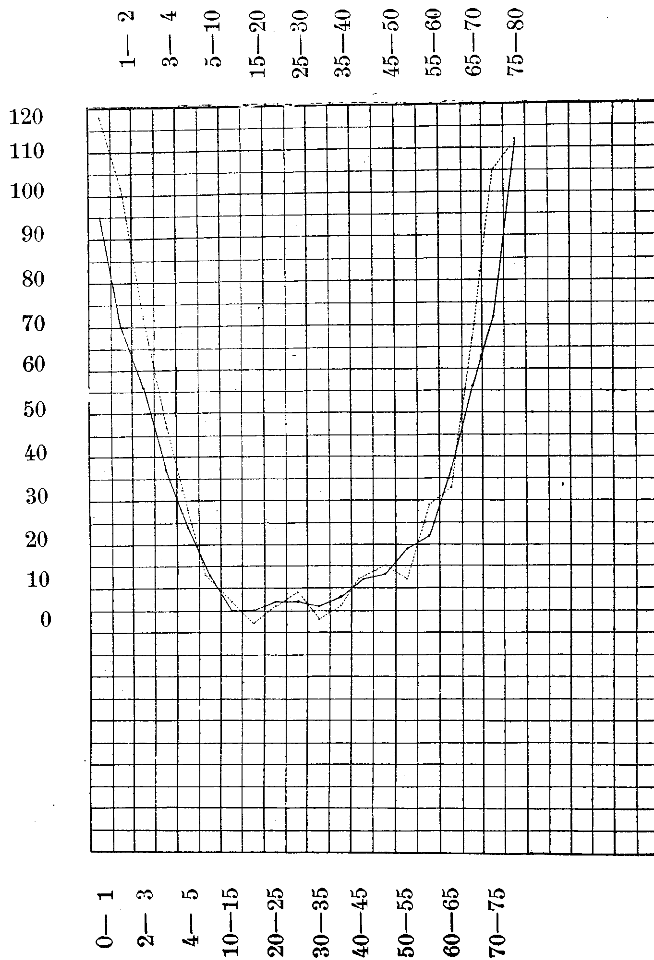
Tab. III. Przewyżka urodzeń nad śmiertelnością wynosiła na 1000 mieszkańców:



IV. Na 1000 ludności przypadło mieszkańców w wieku:

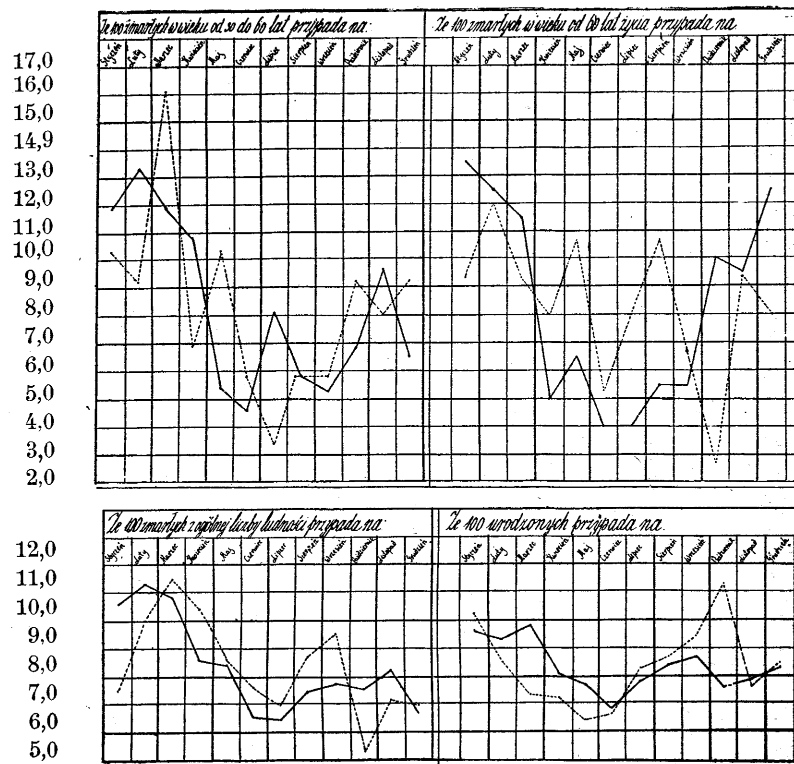


V. Z pośród 1000 mieszkańców każdego wieku umiera corocznie w wieku.
(Średnia z lat 17-u).

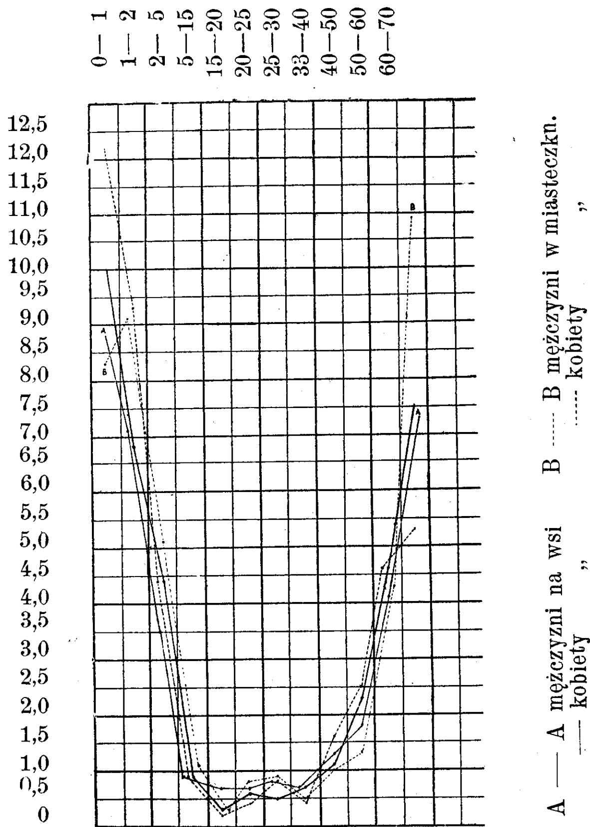


Tab. VI—IX. Średnia, z lat 17, śmiertelność pojedyńczych miesięcy roku w sach od 30—60 i od 60 lat życia, oraz średnia ogólna i średnia miesi ilość urodzeń w %.

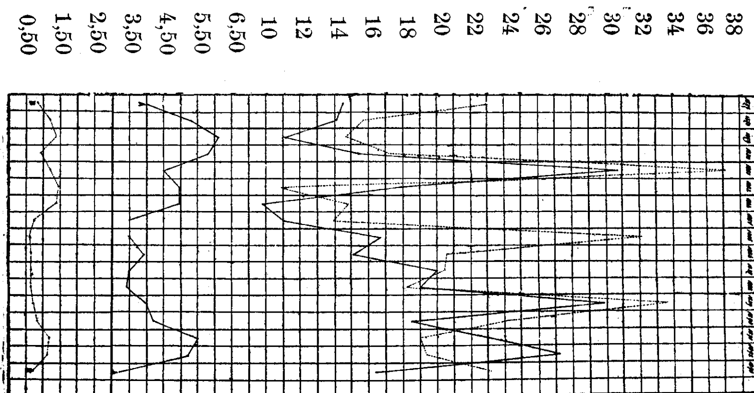
— dane dla wsi ------ dane dla miasteczka.



Tab. X. Ze 100 żyjących umiera w wieku:



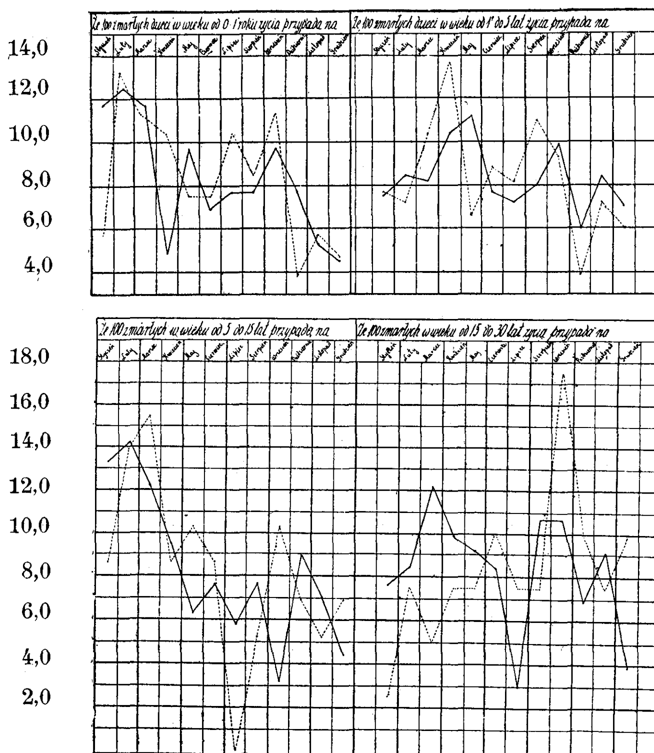
XI Tab. porównawcza śmiertelności i cen na żyto i kartofle.



A——A śmiertelność wiejska. B ----B śmiertelność miejska (w $^0/_{00}$).
Ceny żyta. Ceny kartofli (w rublach za korzec).

Tab. XII—XV. Średnia, z lat 17, śmiertelność pojedyńczych miesięcy roku w różnych okresach życia w %.

— dane dla ludności miejskiej.
------ „ „ „ miasteczkowej.



Szpital Ś-tego Walentego w Kutnie

oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincji.

Podał Dr. **Antoni Troczewski** (lekarz tegoż szpitala).

(Dokończenie).

Opis przypadków ważniejszych.

Rok 1891. 1. (№ 167). K. S. lat 18; podczas pracy przy młockarni koło zębate zdarło w zupełności skórę z prącia i moszen, począwszy od wzgórka łonowego, i cała ta część skóry—wynicowana

wisiała na swej wązkiej podstawie powyżej otworu stolcowego; chorego w kilka godzin przyniesiono do szpitala. Wynicowany płat odwrócono, nałożono napowrót, jak rękawiczkę na palce, przyszyto i nałożono opaską uciskającą. $^3/_4$ płata uległo zmartwieniu, $^1/_4$ przyjęła się pod postacią oddzielnych wysp. W następstwie kilkakrotna operacja plastyczna z przeszczepianiem skóry. Wynik ostateczny zupełnie pomyślny, nawet przypuszczalnie co do czynności płciowej; zniepodonienia niewielkie.

2. (№ 188). W. S. lat 27, podczas bójki ze strażnikiem ziemskim otrzymał od tegoż cięcie ostrzem szabli w prawą rękę. Rana na grzbietowej powierzchni ręki i przedramienia—skośna—przenika przez wszystkie warstwy wraz z kośćmi, tak iż ręka zwiesza się wyłącznie prawie na płacie skórnym powierzchni dłoniowej; kierunek rany następujący: rana w poprzek końca kości łokciowej—skośnie przebiega w górę i odkrywa przecięte kości napięstka, a także kości dłoniowe: drugą i trzecią. Tętnica promieniowa i łokciowa zachowane, jak również część mięśni i ścięgen na powierzchni dłoniowej; chory przywieziony do szpitala w kilka godzin po wypadku. *Operacja*: usunięto zmiażdżone odłamki kostne, przewiązano obficie krwawiące naczynia, na przecięte ścięgna i części miękkie, wraz ze skórą, nałożono szwy węzełkowe; drenowanie i opatrunek unieruchomiający. Chory przeleżał w szpitalu miesięcy 5; pomimo, iż rana goiła się przez ropienie, że tworzyły się liczne zacieki ropne, że niektóre kości uległy obumarciu—ręka została zachowaną, czynność jej upośledzona, do grubej jednak pracy fizycznej jako tako przydatna. Przypadek ten w praktyce mojej stanowi jeden z piękniejszych i trudniejszych okazów leczenia zachowawczego. Tylko nadzwyczajnej cierpliwości z mojej i chorego strony zawdzięczam pomyślny wynik ostateczny.

3. (№ 2). A. K., lat 26 przy pracy w młynie parowym otrzymał silne uderzenie w twarz bokiem unoszącej się w górę windy; nastąpiły liczne zranienia nosa, policzków, rozerwanie wargi górnej i zupełne oderwanie całego wyrostka zębodołowego szczęki górnej z połową podniebienia twardego, tak, że cała ta część szczęki górnej wisi swobodnie na płacie błony śluzowej. Odłamek ściśle przystosowano do szczęki, ranę błony śluzowej zaszyto, odłamana część umocowana została za pomocą odpowiednio ułożonej sprężyny z drutu. Szczęka zrosła się zupełnie, żadnych śladów uszkodzenia nie pozostało, chory wypisując się, mógł wybornie gryźć najtwardsze pokarmy.

4. (№ 228). S. S. lat 29 otrzymał postrzał w okolicę przedniogórnej części uda prawego, pachwiny i dolnej części brzucha; rozerwanie części miękkich i głównych naczyń na znacznej przestrzeni; przywieziony na 2-gi dzień, z poczynającą się gangreną kończyny, w stanie gorączkowym. Zmarł przy objawach posocznicy i upadku sił.

Rok 1892. 5. (№ 107) M. O. lat 9, spadając z drzewa, upadła na wbity pod drzewem drewniany kołek, ostro zakończony; nastąpiło rozdarcie krocza, wargi sromne porwane w strzępy, cała ścianka pomiędzy prostnicą a pochwą zniszczona i oba te narządy stanowią jedną wspólną jamę; do jamy otrzewny prowadzi obszerny postrzępiony otwór, przez który wypadły prawie wszystkie jelita nazewnątrz.

i wiszą między udami. Powierzchnia jelit pokryta jest warstwą ziemi, słomą i okryta brudną szmatą; tegoż dnia chorej podano pierwszą pomoc (obmycie i osłonięcie wypadniętych jelit), na drugi zaś dzień wieczorem przywieziono do szpitala. Tu zrobiono najdokładniejsze obmycie jelit, odprowadzenie do jamy brzusznej, zaszycie rany otrzewnej i kiszki prostej z przedrenowaniem i operacją plastyczną krocza. Chora po upływie dni kilku zmarła wskutek rozlanego zapalenia otrzewny.

6. (№ 25). K. W. lat 6 od kilku lat ma guz in reg. parotidea dextra, od $^1/_2$ roku nie powiększający się wcale, twardy, niebolesny, bardzo duży, (wymiar podłużny 9 cm., wymiar poprzeczny u góry $2\frac{1}{2}$ cm., u dołu do 9 cm.); guz wyłuszczony całkowicie, o powierzchni bruzdowatej okazał się bardzo twardy, prawie zupełnie skamieniały (zwapniały). Rana zagojona per primam.

7. (II- 63). M. M. lat 24, pracując w fabryce, upadł koło maszyny, będącej w ruchu, przyczem sztanga żelazna z wielką siłą uderzyła chorego w okolicę karku; chory nie stracił przytomności, lecz odrazu utracił władzę w kończynach dolnych i górnych; nazajutrz rano chorego przywieziono do szpitala. Chory leży na wznak, wyprostowany z głową sztywno pochyloną ku tyłowi, kończyny dolne w stanie zupełnego, górne w stanie częściowego porażenia; zupełne znieczulenie skóry całego ciała z wyjątkiem głowy, szyji i górnej części klatki piersiowej, przytomność zupełna, połykanie, mowa bez zmiany, źrenice normalne; w części szyjowej górnej kręgosłupa wypuklenie znaczne bez zmian na skórze, bolesność w tem miejscu tak znaczna, że uniemożliwia badanie; retentio urinae et alvi. Nazajutrz chory nagle umarł. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono—zmiażdżenie 3-go kręgu szyjowego, złamanie 2-go, twarda opona mlecza rozerwana, substancja mlecza w tem miejscu zgnieciona, w stanie rozmiękczenia na przestrzeni około $2\frac{1}{2}$ cm., które dochodzi do mózgu przedłużonego.

8. (№ 95). Czasopismo Lekarskie T. I. № 1—2 r. 1899.

Rok 1893. 9. (№ 201). Gazeta Lekarska r. 1894 № 8.

10. (№ 165). Gazeta Lekarska r. 1899 № 2.

11. (№ 121)· K. F. l. 27, od $^1/_2$ roku ciężka żółtaczka, mdłości, wymioty, niestrawność, bóle w dołku, odżywianie bardzo upośledzone; objętość brzucha prawidłowa, wątroba wystaje z pod łuku żebrowego, pod nią spory, kulisty, chełboczący guz, bolesny. Laparotomia: guz pod postacią torbieli przedstawia nadmiernie rozszerzony pęcherzyk żółciowy, na miejscu dwunastnicy wielka rakowata guzowatość — rozlana, pozrastana ze wszystkimi sąsiednimi narządami — casus inoperalilis; ściankę torbieli wszyto w ranę brzuszną, zawartość wypuszczono za pomocą przecięcia wszytej części torbieli; torbiel przedrenowana, rana brzuszna zeszyta. 3-go dnia śmierć przy objawach zapaści.

12. (№ 248). Gazeta Lekarska 1894 № 6.

13. (№ 166). J. J. lat 29. Wskutek oparzenia nastąpiło zmartwienie i odpadnięcie skóry na całej mosznie i na $^1/_4$ części dolnej part. pendulae penis; po upływie kilku miesięcy zapisał się do szpi-

tala. Stan obecny: oba jądra wciągnięte ku górze, pod powłoki okolicy pachwinowej i łona, częściowo tylko pokryte; dolna część członka obnażona, ropiejąca, całe prącie zgięte łukowato przez ściągniętą bliznowatą tkankę, główka w stanie przerostu (Elephantiasis praeputii). Operacja plastyczna: z płatów wykrojonych z okolicy wzniesienia łonowego i z krocza utworzono powłoki dla jąder i obnażonej części prącia, bliznowate tkanki wycięto, przerośnięty napletek usunięto. Po upływie dni 16 chory wypisał się zdrów, z powłoką dla jąder i prącia, przyczem to ostatnie odzyskało prawie normalną formę i funkcje.

R. 1894. 14. (№ 109). A. S. polując, strzelał z fuzji, nastąpiło rozerwanie lufy i cały nabój trafił w lewą rękę, w dolną część brzucha i w górną część lewego uda—chorego; chorego w parę godzin przywieziono do szpitala: lewa ręka w stanie zupełnego zmiażdżenia, włączając staw promienio-napiętkowy; w lewej dolnej części brzucha rana postrzałowa porwana, około $1\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, z zagłębieniem pod skórą w kierunku ku dołowi i na wewnątrz na 5 ctm.; widocznego połączenia z jamą brzuszną na razie nie znaleziono; na przedniej powierzchni górnej części lewego uda, pod lig. Pouparti taka sama rana jak na brzuchu. Zrobiono amputację przedramienia lewego i opatrunek ran brzucha i uda. Nazajutrz objawy lekkiego podrażnienia otrzewnej; na 3-ci dzień raptowna zapaść i śmierć. Badanie pośmiertne: peritonitis perforativa generalis; na 2 pętlicach cienkich kiszek obszerne postrzępione, gangrenujące rany.

15 (№ 169). B. W. l. 20. Przed 3 tyg. poród, po którym stan gorączkowy i wszelkie objawy zakażenia połogowego; po upływie tygodnia bolesność i obrzmienie zapalne obu pośladków. W szpitalu znaleziono: ciepłota 40,0—40,5° C., tętno drobne około 120, miękkie, ogólne wyczerpanie, prostratio. Na obu pośladkach, w blizkości otworu stolcowego i linji pośrodkowej wielkie zapalne obrzmienie, chełboczące, w stanie poczynającej się gangreny (Gangr. humida), nacieczenie zapalne sięga do głębokich warstw pośladków. Cięcia wzdłuż obu pośladków; otworzono dwie obszerne jamy wypełnione cuchnącą ropą i zgangrenowanemi tkankami. Po upływie przeszło dwóch miesięcy zupełne wyzdrowienie.

16. (№ 274). J. R. l. 11 Osteomyelitis acuta tibiae sin., ciepłota wysoka (do 40° C.), tętno około 120—130, osłabienie i wyczerpanie ogólne; cała lewa goleń silnie obrzmiała, bolesna, kość goleniowa rozdęta, na przedniej zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni liczne otwory z obfitem ropieniem posokowatem. Przy operacji znaleziono zmartwienie (necrosis) całej kości goleniowej z wyjątkiem końców stawowych; całą tę część wyrezekowano z pozostawieniem jedynie końców stawowych, tkanki znekrotyzowane usunięto, przeprowadzono dreny, ranę częściowo zaszyto i nałożono opatrunek unieruchomiający. Dalszy przebieg pomyślny, bezgorączkowy, po upływie 6 tygodni chory zaczął potrochu chodzić, na miejscu kości goleniowej wytworzyła się tkanka bliznowata (myositis ossificans). Po upływie 2 miesięcy chory wypisał się zdrów; chłopca często i obecnie widuję, chodzi i biega wybornie, kończynę ma zupełnie prostą i normalną.

17. (№ 110). T. J. l. 33 podczas bójki otrzymał pchnięcie nożem w przednią ściankę brzucha, następnie drugie w lewą okolicę lędźwiową, a także w okolicę lewego stawu łokciowego. Chory upadł zemdlony na ulicy i niezwłocznie był przywieziony do szpitala. Chory w stanie zapaści i ostrej niedokrwistości; na przedniej ściance brzucha, z prawej strony pępka, podłużna, łukowata, cięta rana, z rozwartymi brzegami, przez ranę tę wypadły pętlice jelit cienkich i część sieci. Druga rana w lewej okolicy lędźwiowej, na boku od kręgosłupa, skośnie podłużna, długości 4 ctm., głęboka, drąży również do jamy brzusznej; w okolicy lewego stawu łokciowego kilka ran powierzchownych. Ranę brzucha przedłużono, przyczem okazało się, że otrzewna w okolicy rany, na przestrzeni około 10 ctm. z jednej i drugiej strony, odwarstwiona i porwana w strzępy; przy oglądaniu narządów jamy brzusznej nie znaleziono uszkodzeń; oczyszczono jamę brzuszną ze skrzepów krwi i ranę brzuszną zaszyto, zaszyto również i ranę w okolicy lędźwiowej. Tegoż dnia wymioty, bolesność brzucha, stan gorączkowy; nazajutrz objawy rozlanego zapalenia otrzewny, następnego dnia śmierć przy objawach zapalenia otrzewny i zapaści.

18. (№ 275). W. R. l. 8. Post osteomyelitidem acutam-necrosis os. tibiae sin. et phlegm. cruris. Obraz choroby prawie zupełnie taki, jak pod № 16—cała kość goleniowa znekrotyzowana została usunięta, gojenie trwało przeszło 3 miesiące, chora zupełnie wyzdrowiała, chodzi, biega.

19. (№ 122). Gazeta Lekarska 1895 № 6.

R. 1895. 20. (№ 123). W. G. lat 55, wyrobnica, choruje około 2 lat, mianowicie zauważyła guzowatość kulistą w okolicy prawego podżebrza; przed 8 miesiącami guz powiększył się nadmiernie, bóle w okolicy guza stały się bardzo dokuczliwe, chora wtedy zgłosiła się do mnie; znalazłem wielką chełboczącą torbiel w prawem podżebrzu w związku z wątrobą; ponieważ chora nie zgadzała się na operację — zrobiłem przekłócie cienkim trójgrańcem i wypuściłem około litra płynu zupełnie podobnego do wody. W ciągu roku chora czuła się zupełnie dobrze, guz jakoby nie odnawiał się; dopiero od 4 miesięcy chora zaczęła doznawać bólów w prawem podżebrzu i znowu zauważyła tu guz, który niezmiernie szybko się powiększał z każdym niemal tygodniem, tak że w czasie przybycia chorej do szpitala guz był ogromny i znacznie wypuklał całą górną prawą i środkową część brzucha, był przytem ruchomy i wyraźnie chełboczący. *Operacja:* cięcie skóry równolegle do brzegu żebrowego i poniżej tegoż przez wszystkie warstwy do otrzewnej; po przecięciu tej ostatniej, w ranie ukazała się torbiel; nie naruszając jej całości obszyłem występującą część ścianki torbieli — otrzewną rany brzusznej — w celu wywołania zrostu, ranę brzuszną w pozostałej części zeszyłem. Chora w ciągu 3 dni następnych czuła się doskonale, nie gorączkowała, 4-go dnia *nagle* zmarła. Badanie pośmiertne nie mogło być dokonane, przeciąłem jedynie ściankę torbieli, już przyklejonej do rany brzusznej i przekonałem się, że torbiel składała się z licznych pęcherzy bąblowca. Przyczyna śmierci pozostała niewyjaśniona.

21. (№ 6). J. K. l. 5 otrzymał uderzenie cegłą w okolicę czołową, poczem nastąpił duży krwotok z rany i parogodzinne omdlenie. 5-go dnia chorego przywieziono do szpitala. Stan bezgorączkowy, ból głowy, przytomność niezupełna, tętno zwolnione; w prawej okolicy czołowej na granicy z ciemieniową rana tłuczona do kości, 4 ctm. długości, 1—2 szerokości; w ranie ropa, skrzepy krwi i zmartwiałe tkanki; na dnie rany widać obnażoną kość czołową, odłamek której, około 5 ctm. średnicy, przedstawia się głęboko wgniecionym do jamy czaszki, od tego miejsca na wszystkie strony rozchodzą się liczne szczeliny w kości czołowej, z których jedna przechodzi i na kość ciemieniową prawą, z rany obficie wypływa ciecz mózgowa; prócz tego, w prawej okolicy ciemieniowej mamy obszerny wylew krwi podokostnowy. W uśpieniu chloroformowem odwarstwiono płaty skórne na całej przestrzeni uszkodzenia kości. Ponieważ wciśnięty odłamek zachodził pod brzegi kości i o wyjęciu wprost nie mogło być mowy, umocowałem więc odłamek za pomocą haczyków i pośrodku tegoż wytrepanowałem mały otwór; teraz dopiero za pomocą dłuta i młotka ostrożnie rozdzieliłem odłamek na części i wyjąłem z jamy czaszkowej; opona twarda okazała się rozerwaną, przyczem pod nią w samej substancji mózgu znalazłem jeszcze kilka odłamków kości; oponę twardą, o ile się dało szczepiłem za pomocą cienkich szwów, ranę skórną tylko w części można było zaszyć i zmniejszyć, resztę jej wypełniłem gazą jodoformową. Wyjęty odłamek kości czołowej miał 6 ctm. długości i 5 ctm. szerokości. Dalszy przebieg choroby powikłany był wytworzeniem się obszernego ropnia w okolicy łuku brwiowego prawego, po otworzeniu którego na dnie rany okazała się duża szczelina w kości. Po upływie 2 miesięcy rana zagoiła się zupełnie i chory wypisał się zdrów zupełnie. Na miejscu braku kości, wobec pokrywającej je tylko cienkiej blizny, umocowano ochronną pokrywkę z blaszki miedzianej.

22. (№ 141). J. R. l. 46 czuje się chorą od ½ roku; wygląd charłaczy, zabarwienie skóry ziemiste, małokrwistość, upadek sił nieznaczny, objętość brzucha wielka wskutek nagromadzenia płynu w jamie brzusznej (ascites). Po wypuszczeniu przesięku (punctio) okazało się, że cała dolna część brzucha i mała miednica wypełnione są przez duży twardy guz, nieruchomy, obrastający macicę i pozrastany z narządami sąsiednimi; sklepienie pochwy wypełnione tymże guzem, który wypukla się również od strony prostnicy. Casus inoperabilis. Przedsięwziąłem próbę leczenia za pomocą zastrzykiwań erysipel-serum (już raz próbowałem w praktyce prywatnej przy sarcoma ovarii regenerans u młodej panny — bezskutecznie); w ciągu 12 dni zastrzyknąłem 46 ctm. sześc. surowicy; przez cały ten czas obwód brzucha jednakowy — 118 ctm., przez następne 4 dni zaczął się trochę zmniejszać (105, 109, 106, 102 ctm.), potem znów bez zmiany; zrobiono znowu przekłócie, po wypuszczeniu przesięku okazało się, że są nowe guzy, których przedtem nie było wcale. Chora wypisała się ze szpitala bez poprawy.

R. 1896. 23. (№ 8). W. E. l. 22 otrzymał silne uderzenie w głowę ciałem twardem (hakiem lub gwoździem), z rany nastąpił krwotok,

chory zemdlał. Na 3-ci dzień chorego przywieziono do szpitala. Chory blady, mówi bardzo niewyraźnie (bełkotanie), niechętnie (podobno tak mówił i przed wypadkiem). W lewej okolicy ciemieniowej, bliżej brzegu tylnego, rana podłużna 1—1½ ctm. długości, mało rozwarta; zgłębnik dochodzi do obnażonej i jakby ruchomej kości. Stan bezgorączkowy, ogólny stan niezły, objawów mózgowych niema; przez następne 2 dni stan taki sam, opatrunek rany; 3-go dnia ból głowy; 4-go dnia przy stanie bezgorączkowym ciągły, silny ból głowy, wymioty, stan przygnębienia i apatji. 5-go dnia *operacja*: w kierunku rany — cięcie 6—7 ctm. długości, po odsunięciu płatów skórnych na boki okazało się, że na dnie rany istnieje wgniecenie dużego odłamka kości w kształcie nieprawidłowego trójkąta — do $1^1/_2$ ctm. średnicy, przyczem zewnętrzna błonka tego odłamka znacznie mniejsza, niż wewnętrzna; wobec tego za pomocą dłuta znacznie rozszerzyłem otwór czaszki i wtedy dopiero mogłem usunąć wgnieciony odłamek, składający się z 3-ch części oddzielnych, z których jedna była pod kością ciemieniową nad oponą twardą, dwie zaś drugie przebiły oponę i sterczały w samej substancji mózgowej. Po wyjęciu tych ostatnich wylało się około 2 łyżeczki ropy z jamy w mózgu (ropień); do jamy ropnia wprowadziłem sączek długości 2 ctm., ranę wypełniłem gazą jodoformową. W ciągu pierwszych 18 dni po operacji stan bezgorączkowy i ogólnie niezły, chory przytomny; jama ropna szybko się wypełnia i wypycha sączek, rana zewnętrzna również szybko się goi; 19-go dnia sączek wypadł, 20-go dnia ból głowy, wymioty po każdem jedzeniu, tętno zwolnione, źrenice rozszerzone, apatja, bezsenność, 21-go dnia stan ogólny gorszy, wymioty, silny ból głowy; przy opatrunku ranę rozszerzyłem, przyczem z głębi wydobywać się zaczęła ropa, wobec tego wkłółem nóż głębiej w substancję mózgu i natrafiłem na spory ropień, leżący poniżej pierwszego; po opróżnieniu jamy znowu wprowadziłem sączek; opona twarda na pewnej przestrzeni w około rany odwarstwiona i podmyta ropą. Pomimo tego zabiegu w dalszym przebiegu stan chorego coraz gorszy, wymioty, ból głowy, upadek sił, aż wreszcie po upływie jeszcze dni 7 — śmierć. Badania zwłok nie robiłem.

24. (№ 70). W. S. l. 18, od 2 miesięcy niedomagał i czuł się bardzo osłabionym; przed miesiącem zaczął miewać dreszcze, gorączkę, kaszel i bóle w lewym boku, jednocześnie następował szybko upadek sił, wychudzenie. Chory o wyglądzie charłaczym, z ziemistą brawą skóry, wychudzony nadmiernie, w stanie gorączkowym, kaszle, poci się, lewa strona klatki piersiowej jakby rozsadzona, objawy wypukowe i wysłuchowe wskazują na istnienie wysięku w lewej jamie opłucnej. Thoracotomia c. resectione 9 costae; po przecięciu opłucnej wylewać się zaczęła obficie ropa i bardzo liczne pęcherze bąblowca; po opróżnieniu—jamę opłucnej przemyłem rozczynem kw. bornego, wypełniłem lekko gazą jodoformową. 4-go dnia przy objawach zapaści chory zmarł.

25. (№ 124). Gazeta Lekarska 1897 № 9.

26. (№ 139). J. M. l. 26, od ostatniego porodu—rok temu—czuje się niezupełnie zdrową; od 5 miesięcy spostrzega guz w dole brzucha, stale powiększający się i powodujący bóle. Chora prawidłowej budo-

wy, umiarkowanie odżywiana, osłabiona, brzuch ma wzdęty, w dolnej części widocznie wypuklony, w okolicy tej wyczuwa się guz wielkości dużej główki dziecka, kulisty, o powierzchui nierównej, twardy, mało bolesny, z macicą związany pośrednio, jakby za pomocą cienkiej nóżki, bierze początek, jak się zdaje, z prawego jajnika. Macica wielkości zwykłej, ruchoma, sklepienia wolne, lewy jajnik wyczuwalny, prawy nie. Laparotomja—cięcie in lin. alba; w jamie brzusznej wspomniany guz bierze początek z prawego jajnika i łączy się z macicą za pomocą nóżki 2 ctm. szerokości i 4—5 ctm. długości; guz wyprowadzono na zewnątrz jamy brzusznej, podstawę nóżki przewiązałem i powyżej odciąłem razem z guzem; szypułę obszyłem i wpuściłem z powrotem do jamy brzusznej. Zeszycie rany brzusznej i opatrunek aseptyczny. Przebieg bezgorączkowy, bez żadnych powikłań, 4-go dnia tylko zjawiła się miesiączka. 8-go dnia opatrunek — zagojenie przez rychłozrost; jedynie w okolicy 3-ch szwów powierzchowne ropienie, szwy zdjęte. Po upływie $3\frac{1}{2}$ tygodnia chora wypisała się zupełnie zdrowa; w niespełna rok urodziła szczęśliwie zdrowe dziecko; dotąd zdrowa zupełnie.

26. (№ 115). W. J. l. 52 zachorował przed 4 dniami; nagle poczuł ból w brzuchu, tegoż dnia wystąpiły wymioty, wzdęcie brzucha, zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów. Chory wyrzeka na bóle w brzuchu, wyraz twarzy cierpiący, oczy wpadnięte, rysy twarzy zaostrzone, stan bezgorączkowy. Brzuch nadmiernie wzdęty, szczeg. in mesogastrio dextro; pomimo głębokich wlewań per rectum, ani stolców, ani wiatrów niema; przez następne dwa dni stan coraz gorszy. Czwartego dnia laparotomia: cięcie w smudze białej; po otworzeniu otrzewny wypadły szybko na zewnątrz nadmiernie rozdęte pętlice kiszki grubej, a w części i cienkiej; przeszkoda polegała na tem, że dolna część kiszki grubej zstępującej (colon descendens) skręciła się na $1\frac{1}{2}$ obrotu około swej osi podłużnej; przeszkodę usunąłem, poczem przez sondę założoną do prostnicy, zaczęły wydobywać się gazy. Zeszycie rany brzusznej i opatrunek aseptyczny zakończyły operację. Przebieg bezgorączkowy, 9-go dnia szwy zdjęto, rychłozrost, z wyjątkiem kilku szwów, gdzie mieliśmy powierzchowne ropienie. Po upływie 4 tygodni chory wypisał się ze szpitala—jako zupełnie zdrów.

28. (№ 77). F. W. l. 48 upadł pod wóz szybko zjeżdżający z góry, przyczem przednie koło ciężkiego wozu przeszło wpoprzek klatki piersiowej chorego. Chory stracił przytomność, skoro zaś docucono go, uczuł niezmierną duszność, ból w całym lewym boku i obficie zaczął pluć krwią; w kilka godzin chorego przywieziono do szpitala. Chory bardzo osłabiony, tętno drobne, około 125, sinica twarzy, oddech w wysokim stopniu utrudniony i bolesny, obfite krwioplucie; każdy najmniejszy ruch, nawet mowa, wywołuje wielką duszność. Cała lewa połowa klatki piersiowej już na pierwsze wejrzenie wysoce zniepodobniona, pozapadana, miejscami wygórowana; przy badaniu daje się zauważyć zupełne zmiażdżenie wszystkich żeber od 5—12, tak że każde z nich składa się co najmniej z 4—5 kawałków; obszerna rozedma podskórna i wylewy krwi pod skórą; cały lewy bok czyni wrażenie worka, wypełnionego kośćmi i płynną masą; skóra nigdzie nienaruszona. Nałożono na całą klatkę piersiową uciskającą opaskę z bandaży gipsowych,

wobec zapaści przepisano koffeinę z kamforą i morfiną. W ciągu następnych 8 dni stan chorego z każdym dniem lepszy, duszność i ból w boku mniejsze, krwioplucie trwa dalej, stan podgorączkowy, tętno 80—90. 9-go dnia stan taki sam, chory bez pozwolenia przeszedł się po sali, tętno około 100. 10-go dnia zjawił się silny krwotok płucny i chory podczas krwotoku zmarł. *Badanie* pośmiertne wykazało: z lewej strony kl. piers. żebra od 4—11 włącznie w stanie zupełnego zmiażdżenia, przyczem niektóre z odłamków wbite końcami w tkankę płucną, lewe płuco postrzępione, spadnięte, bezpowietrzne, cała lewa opłucna wypełniona nadmiernie płynną krwią i skrzepami, w a. pulmonalis liczne skrzepy.

29. (№ 115). J. G. l. 57 zachorował raptownie 3 dni temu. Chory w stanie lekkiej zapaści, wyrzeka na dokuczliwy ból w brzuchu; brzuch kolosalnie wzdęty, szczególniej w średnio-dolnej lewej części, gdzie zarysowują się rozdęte pętlice, przypuszczalnie colonis transv. et descendentis. Zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów, ciągła czkawka i nudności; tętno drobne, przyśpieszone. Tegoż dnia laparotomia: chory chloroformuje się bardzo źle, już po upływie paru minut występuje ogólny i bardzo silny tetaniczny skurcz muskulatury całego ciała, skurcz ten trwał przez cały czas nawet bardzo głębokiej narkozy i utrzymywał się jeszcze jakiś czas po ukończeniu operacji (!); po otworzeniu jamy brzusznej w smudze białej rozdęte pętlice kiszek z taką siłą wyskoczyły na zewnątrz, że rozdarły otrzewną przez długość rany brzusznej. Przeszkoda polegała na skręceniu się col. descend. około własnej osi na 2 obroty; po usunięciu przeszkody pomimo założenia do rectum długiej sondy kiszkowej odeszła tylko część gazów, objętość rozdętych pętlic zmniejszyła się zaledwie do połowy, wobec zaś wspomnianego naprężenia muskulatury ścianki brzusznej nie mogło być mowy o wprowadzeniu kiszek do jamy brzusznej. Nie mając innego wyjścia musiałem przebić cienkim trójgrańcem najbardziej wzdętą pętlicę, tym sposobem opróżniłem zupełnie z gazów wzdęte kiszki, rankę po przekłóciu zaszyłem i kiszki do jamy brzusznej wprowadziłem. Rana brzuszna zaszyta, opatrunek aseptyczny. Chory wypisał się ze szpitala po upływie 4 tygodni, jako zupełnie zdrowy.

R. 1897. 30. (№ 104). J. K. l. 40, chory od 2 mies., początek ostry przy objawach appendicitidis ac. Chory wyniszczony, w stanie gorączkowym, tętno drobne, słabe. In reg. ileo-coecali znaczne wypuklenie pod postacią zapalnego nacieczenia z chełbotaniem, bolesnością i zaczerwienieniem skóry. *Operacja:* cięcie wzdłuż nacieczenia — równolegle do lig. Pouparti; znaleziono 3 zbiorniki ropy: jeden pod drugim; pierwszy pod skórą całej prawie prawej połowy brzucha, ztąd niewielki otwór prowadzi do niżej leżącego zbiornika pomiędzy otrzewną i głęboką warstwą mięśniową, wreszcie—maleńki otwór w otrzewnej prowadzi do najniżej położonego zbiornika w samej jamie brzusznej, zkąd wylało się kilka łyżek ropy cuchnącej; na dnie tej jamy widać pozrastane pętlice kiszek; jamę tę opróżniono, przemyto i wypełniono gazą jodoformową. Przebieg dalszy bardzo pomyślny, chory po upływie 4 tygodni wypisał się zdrów.

31. (№ 99). R. M. l. 32, żona rzeźnika, od 10 lat ma już guz na miejscu pępka — wolno, ale stale zwiększający się; od 3 lat na powierzchni guza powstało owrzodzenie, nie gojące się nigdy; w ostatnich czasach w okolicy guza chora odczuwała silne bóle, z owrzodzenia wydzielała się posokowata, cuchnąca ciecz, guz czynił wrażenie złośliwego nowotworu, ale operacji chora poddać się nie chciała. Przed 4 dniami chora nagle ciężko zaniemogła, wystąpiły wszystkie objawy zamknięcia kiszek (wymioty, czkawka, brak stolców i wiatrów), zapaść i wielka bolesność w okolicy guza. Chora zapisała się wtedy do szpitala; przy badaniu znaleziono: chora nadmiernie otyła, znaczne otłuszczenie serca. W okolicy pępka guz wielkości główki noworodka, o bruzdowatej powierzchni, kulisty, twardy, bardzo bolesny, owrzodzony; stan ogólny zły, ciągłe wymioty kałowe, ciepłota ciała niżej normy, tętno słabe, drobne. Rozpoznanie: tumor umbilici et hernia umbilicalis incarcerata. *Operacja:* cięcie powyżej guza, przez środkową linję tegoż i poniżej guza; skórę odwarstwiłem na całej powierzchni guza do jego podstawy; po oddzieleniu od guza wszystkich warstw ścianki brzusznej, będących tu zresztą w zaniku, sam guz czynił teraz zupełnie wrażenie jakby masy pozrastanych ze sobą pętlic kiszkowych; przy bliższem jednak zbadaniu okazało się, że cały ten guz jest to właściwie potwornie zgrubiały i nowotworowo zwyrodniały worek przepuklinowy; mając tę pewność odwarstwiłem szyjkę worka u podstawy—wewnątrz jamy brzusznej, przeciąłem silnie zaciśnięty pierścień przepuklinowy, w tem miejscu worek otworzyłem i uwolniłem mocno zaciśniętą pętlicę kiszki cienkiej, która umieszczoną była w niewielkiej środkowej jamie guza. Guz resp. worek przepuklinowy całkowicie został wycięty u podstawy — wewnątrz jamy brzusznej, w granicach zupełnie zdrowej otrzewny. Rana brzuszna zaszyta—rychłozrost warstw głębszych, powierzchowne ropienie w szwach; chora zupełnie wyzdrowiała.

32. (№ 105). W. G. l. 8, chory od ½ roku. Obecnie w wysokim stopniu wychudzenie i charłactwo. Stan gorączkowy, upadek sił, ciągła biegunka; brzuch wzdęty, twardy, bolesny, chełboczący, w okolicy pępka owrzodzenie i przetoka, z której obficie wypływa płynny kał. *Laparatomia:* cięcie powyżej, w około i poniżej pępka; do wewnętrznej powierzchni powierzchni pępka przyrośnięta pętlica kiszki cienkiej, w miejscu przyrośnięcia obszerne owrzodzenie, zmartwienie i przedziurawienie jelita; cała ta część jelita została odseparowaną i wyrezekowaną (rurka długości 4—5 ctm.), oba zaś odcinki kiszki zeszyte wzajemnie: w jamie brzusznej spora ilość mętnej cieczy. Zrobiono tualetę jamy brzusznej, ranę brzuszną w $^3/_4$ zaszyto, w $^1/_4$ wprowadzono worek Mikulicza. Przebieg dalszy bezgorączkowy, wydzielina z rany nieobfita, upadek sił jednak corarz większy, 9-go dnia chory zmarł przy objawach zapaści.

33. (№ 138). M. S. l. 36, wyrobnica, od paru miesięcy zaczęła chudnąć, tracić siły i wyrzeka na bóle w dole brzucha. Chora o wyglądzie charłaczym, wyniszczona, brzuch bardzo duży, w okolicy pępka wzdęty, na bokach rozciągnięty, ascites. Nad spojeniem łonowem i po za nim wyczuwa się guz, wielkości główki dziecka, sprężysty, rucho-

my, luźno połączony z macicą, z prawej jej strony, bolesny. *Laparatomia:* cięcie w smudze białej; w jamie brzusznej znaleziono wspomniany guz, wychodzący z prawego jajnika i połączony z macicą za pomocą szerokiej szypuły; guz na przedniej powierzchni owrzodzony i przyrośnięty lekko do pęcherza moczowego, na tylnej powierzchni macicy zrośnięty z pętlicami jelit — na dużej przestrzeni; w jamie brzusznej duża ilość krwawego przesięku. Szypułę rozdzielono na kilka części i podwiązano, zrosty pooddzielano i guz został całkowicie usunięty. Rana brzuszna zupełnie zaszyta. 8-go dnia szwy zdjęto—rychłozrost; po upływie 5 tygodni chora wypisała się z raną zagojoną i ze znaczną poprawą stanu ogólnego.

R. 1898. 34. (№ 125). M. L. l. 30, panna, ze sfery półinteligentnej, od 3 lat miewa bardzo obfite miesiączkowanie, co 2—2½ tyg., trwające do 10 dni, w skutek czego chora jest blada, małokrwista, osłabiona i nerwowo wyczerpana. Od kilku miesięcy chora miewa nieustanne krwotoki maciczne, wyczerpujące siły chorej, tem więcej, że jednocześnie pojawiły się dojmujące bóle w dole brzucha i powiększenie jego objętości. Wezwany lekarz znalazł guz w dole brzucha i skierował chorą do szpitala kutnowskiego. Chora w wysokim stopniu małokrwista, osłabiona, stan bezgorączkowy. Brzuch w dolnej części nieco wypuklony, po za spojeniem łonowem wyczuwa się guz twardy, ruchomy, wielkości główki noworodka, kulisty, umiarkowanie bolesny; przy badaniu per vaginam (błona dziewicza była już rozerwana) wyczuwa się normalna szyjka maciczna i jakby ciało macicy ściśle z guzem połączone i z prawej strony tegoż położone; nie wyłączając możliwości ciąży (virgo tacta!), a nawet podejrzewając takową—chorą w tym kierunku badałem, lecz otrzymywałem kategoryczne zaprzeczenie, pomimo to jednak macicę sondowałem, sonda bez żadnej przeszkody wchodziła do głębokości $5^1/_2$ ctm., żadnych następstw po sondowaniu nie było. W przypuszczeniu, że mamy do czynienia albo z włókniakiem macicy wyłącznie, albo z włókniakiem w połączeniu z ciążą—przedsięwziąłem ex consililio-laparatomię próbną. Po otworzeniu jamy otrzewny okazała się wyłącznie ciąża, przypuszczalnie w IV miesiącu. Rana brzuszna natychmiast zaszyta całkowicie. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, bez żadnych powikłań. Dziewiątego dnia szwy zdjęto, rana w głębszych warstwach zagojona doraźnie, w skórze w miejscach szwów ropienie, brzegi rany skórnej w środkowej jej części zostały rozdzielone i rana goiła się per suppurationem. Chora po upływie 6 tygodni wypisała się jako zdrowa, krwawienia ustały, ciąża nadal rozwijała się.

35. (№ 114). S. K. l. 10 ciężko chora od 3 mies., leżała w domu bez żadnej pomocy, prawdopodobnie przechodziła appendicitis perfor. Obecnie chora w ostatnim stopniu charłactwa i wyniszczenia—szkielet pokryty skórą, tętno drobne nitkowate, tony serca słabe, stan podgorączkowy; brzuch wzdęty, twardy, niezmiernie bolesny; na linji środkowej brzucha, poniżej pępka istnieje otwór $1^1/_2$ ctm. średnicy, przez który już od kilku już tygodni sączy się cuchnąca ropa z przemieszką gazów, bez wyraźnego jednak zapachu kałowego, przetoka ta drąży do jamy brzusznej. *Operacja:* Na linji przetoki—cięcie ścianki

brzusznej, przyczem doszedłem do odgraniczonej za pomocą zrostów przestrzeni w jamie brzusznej, która zagłębia się w kierunku ślepej kiszki; jamę tę przemyto, zrobiono przeciwotwór, wypełniono gazą jodoformową i nałożono opatrunek. Przebieg bezgorączkowy, gojenie rany prawidłowe, pomimo to jednak po upływie dni 13 chora zmarła wskutek wyczerpania sił.

36. (№ 93*a*). J. T. l. 26, włościanin, chory od dni 10; bez widocznej przyczyny chory poczuł ból w lewej stronie klatki piersiowej; już nazajutrz w okolicy lewego dołu pachowego szybko wystąpiło bardzo obszerne nacieczenie zapalne z zaczerwienieniem skóry i bolesnością, jednocześnie zjawiły się dreszcze wstrząsające, stan gorączkowy i znaczny upadek sił. Od tego czasu z dniem każdym stan się pogarszał, nacieczenie zapalne rozszerzyło się na całą *lewą połowę* klatki piersiowej i okolicę mostka, codziennie dreszcze wstrząsające i wysoka ciepłota ciała; przed 4 dniami pod dołem pachowym przerwał się się otwór w skórze i zaczęła obficie wypływać ropa. Chory mocno osłabiony, w stanie zapaści, ciepłota ciała 39,5—40,0° C., tętno do 120. Na całej lewej połowie klatki piersiowej—od wierzchołka lewego dołu pachowego do podżebrza lewego, w kierunku podłużnym i od prawego brzegu mostka do kręgosłupa wpoprzek—rozlane jednostajnie nacieczenie zapalne, wyraźnie miejscami chełboczące, bolesne, z zaczerwienieniem i naprężeniem skóry; w okolicy całego dołu pachowego i poniżej, na znacznej przestrzeni zmartwienie (gangrena humida) skóry i tkanki podskórnej—phlegmone diffusum et gangraenosum thoracis. *Operacja:* wycięcie zmartwiałej skóry na przestrzeni około 15—20 ctm. średnicy, jak również zmartwiałej tkanki podskórnej, przyczem wytworzyła się obszerna jama, sięgająca do obojczyka i stawu ramiennego; następnie przeprowadzić musiałem około 10 cięć, każde 12—15 ctm. długości, w rozmaitych miejscach lewej połowy kl. piersiowej, wszystkie te rany komunikowały się ze sobą, gdyż skóra na całej przestrzeni flegmony była odwarstwioną, a tkanka podskórna zmartwiałą; przeprowadzono sączkowanie ran i opatrunek aseptyczny. Nazajutrz, znaczny spadek ciepłoty ciała, ale flegmona rozszerzyła się na całą przednią powierzchnię prawej połowy kl. piersiowej, czyli zajęła ogółem prawie $^3/_4$ przestrzeni kl. piersiowej; znowu należało przeprowadzić kilka cięć obszernych. Od tego czasu stan bezgorączkowy, stopniowo stan ogólny poprawiał się, rany goiły się wybornie. Po upływie 4 tygodni stan ogólny zupełnie dobry, wszystkie rany zagojone z wyjątkiem okolicy dołu pachowego, gdzie pozostał dość obszerny brak skóry i płaska rana, wymagająca pokrycia za pomocą szczepienia. Na ten jednak zabieg chory zgodzić się nie chciał i wypisał się ze szpitala.

37. (№ 93). L. F. l. 24, handlarz, zachorował jakoby $3^1/_2$ tyg. temu; jadąc w nocy na jarmark przeziębił się mocno, dostał dreszczów, gorączki i kłócia w prawym boku; od tego czasu jest często chory, leży w łóżku, wychudł bardzo, skóra przyjęła zabarwienie brudno-żółte, wygląd charłaczy, kaszle i poci się, gorączka o typie przepuszczającym, tętno drobne, do 120, upadek sił. Na przestrzeni klatki piersiowej, począwszy od dolnego kąta łopatki ku dołowi, z prawej strony

od tyłu i z boku odgłos wypukowy tępy, fremitus pectoralis i szmer oddechowy zniesiony, tamże z lewej strony lekkie przytępienie i przytłumienie szmeru oddechowego; ucisk w okolicy prawego podżebrza od przodu i z boku wywołuje silny ból; oddech utrudniony, powierzchowny, częsty. Próbne przekłócie głębokie na granicy bocznej i tylnej powierzchni kl. piersiowej, w 9-em międzyżebrzu, od strony prawej; wykazuje obecność posokowatego, cuchnącego płynu; w podżebrzu prawem żadnego wypuklenia lub guzowatości niema. Postawiono rozpoznanie—pleuritis septica purulenta. *Operacja:* cięcie wzdłuż 9-go żebra na boczno-tylnej powierzchni kl. piersiowej strony prawej, wyrekowałem odcinki 8-go i 9-go żeber, brzegi rany zewnętrznej zeszyłem z opłucną, przyczem zauważyłem niezwykle silne wypuklenie w miejscu odpowiadającem granicy pomiędzy brzegiem przepony i otrzewną ścienną; wobec tego zrobiłem próbne przekłócie do jamy opłucnej, lecz płynu nie otrzymałem, natomiast przy przekłóciu w miejscu wypuklenia od dołu otrzymałem wspomniany wyżej płyn posokowaty. Okoliczność ta nasunęła mi podejrzenie, że w danym przypadku opłucna jest próżną i prawdopodobnie w okolicy tej jest zrośnięta z płucem, natomiast zebranie płynu ma miejsce w okolicy podprzeponowej. Odseparowawszy jeszcze nieco opłucną od dołu, w miejscu wypuklenia przeprowadziłem cięcie i otworzyłem bardzo obszerną jamę, z której obficie wypływać zaczęła cuchnąca ropa i liczne, różnej wielkości, charakterystyczne pęcherze bąblowca; przy szczegółowszem zbadaniu tej jamy okazało się, że zawiera ona dużą torbiel o bardzo grubych i zwapniałych, a miejscami jakby skostniałych ściankach, szczególniej od strony jamy brzusznej; cała ta twarda skorupa dała się z łatwością wydobyć na zewnątrz; pozostała jama przedstawia odgraniczoną zrostami przestrzeń w okolicy podprzeponowej, t. j. pomiędzy przeponą, tylną powierzchnią wątroby i tylną ścianką jamy otrzewnej, jamę tę przemyłem i wypełniłem gazą jodoformową Dalszy przebieg choroby niepomyślny, gorączka przepuszczająca trwa nadal; wydzielina z jamy obfita, pomieszana z żółcią, upadek sił chorego coraz większy. Po upływie dni 15 chory zmarł. Badania pośmiertnego zwłok wykonać nie mogłem.

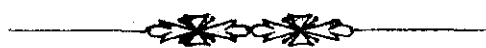
38. (№ 186). J. G. l. 15, przy pracy w cukrowni uległ zmiażdżeniu przedramienia lewego, zaraz po wypadku chorego przywieziono do szpitala. Chory prawidłowo zbudowany, nieźle odżywiany, dotąd był zdrów zupełnie. W średniej trzeciej części przedramienia lewego, na powierzchni grzbietowej, istnieje obszerna tłuczona rana, skośnie-poprzeczna, przenikająca wszystkie warstwy z wyjątkiem skóry i powierzchownej warstwy mięśniowej powierzchni dłoniowej; na tym jedynie płacie zwiesza się bezwładnie ręka z dolną częścią przedramienia. Obie kości przedramienia złamane, odłamki ich sterczą na zewnątrz — pomiażdżone tak, że w ranie widać mnóstwo oddzielnych mniejszych lub większych kawałków kości; tętnice ramieniowa i łokciowa ocalały, mięśnie w obrębie rany potłuczone, usiane wylewami krwi, ścięgna porozrywane; rana na powierzchni grzbietowej ma kierunek poprzeczny, począwszy zaś od brzegu łokciowego idzie wdłuż tego brzegu przez całą środkową, a po części i górną, część przedra-

mienia; ta podłużna rana jest bardziej powierzchowną, dochodzi do okostnej kości łokciowej. Pomimo tak znacznego uszkodzenia zastosowałem w przypadku tym *leczenie zachowawcze:* najbardziej pomiażdżone kawałki mięśni wyciąłem, inne, jak również ścięgna, pozeszywałem, odłamki kostne nieco wyrównałem, ułożyłem możliwie prawidłowo i zbliżyłem wzajemnie za pomocą 2 szwów z drutu miedzianego, ranę skórną po dokładnem przemyciu, oczyszczeniu i przesączkowaniu częściowo zaszyłem; opatrunek unieruchomiający. Przebieg dalszy — w ciągu pierwszych tygodni podgorączkowy — z dosyć obfitem ropieniem i wytwarzaniem się licznych zacieków wzdłuż całego przedramienia, a nawet dolnej części ramienia, co zmuszało kilkakrotnie do przeprowadzania obszernych cięć, przeciwotworów, do sączkowania i t. p. W następstwie końce odłamków kostnych uległy zgorzeli i oddzielały się zupełnie, wobec czego powstał duży brak w przebiegu obu kości przedramienia na przestrzeni około 6—8 ctm., nie zrażając się jednak i tą smutną okolicznością, stosowałem nadal leczenie zachowawcze w nadziei, że w przyszłości wytworzy się może twarda blizna kostniejąca i tem więcej, że chory stopniowo odzyskiwać zaczął czucie i ruchy w ręku i palcach. Jakoż po upływie 5 miesięcy doprowadziłem wszystkie rany do zupełnego zagojenia i wytworzenia się trwałej, mocnej blizny części miękkich w miejscu zmiażdżenia, gdzie jednak przedramię gnie się z powodu przerwy w szkielecie kostnym. Na okolicę tę zastosowałem lekką opaskę gipsową; mając takową chory może wcale nieźle władać ręką i palcami. O ile wiem, administracja cukrowni, w której chory uległ wypadkowi, zamierza zamówić dla chorego u jednego z ortopedystów warszawskich odpowiednią protezę na przedramię. W przypadku tym rezultat leczenia zachowawczego uważam za niezwykle pomyślny.

39. (№ 103). Czasopismo Lekarskie 1899 № 4. „Appendicitis, perforatio appendicis, peritonitis purul. diffusa. *Laporotomia.* Wyzdrowienie". Podał Dr. F. Arnsztejn (Kutno).

Na tem kończę opis szczegółowy przypadków oddzielnych, gdyż i tak przekroczyłem trochę ramy skromnej pracy niniejszej. Celem moim było zwrócenie uwagi, jak wiele w praktyce chirurgicznej prowincjonalnej zdarza się przypadków ciężkich, a pszedewszystkiem bardzo i bardzo zaniedbanych, za dowód tego niechaj posłuży uważny przegląd Tablicy IV i tych kilkanaście powyżej opisanych przypadków. *Należycie zorganizowana pomoc chirurgiczna na prowincji jest potrzebna nieodzownie i nagląco, potrzebie tej zadosyćuczynić można za pomocą zwiększenia liczby i należytego urządzenia* **szpitali** *i to jest, zdaniem mojem, najpilniejszy i najwcześniejszy cel w sprawie organizacji pomocy lekarskiej dla biednej ludności na prowincji.*

Kutno, we wrześniu 1899 r.



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie administracyjne d. 8 listopada 1899 r.

Przed porządkiem dziennym kol. *Krusche* przedstawił *16-letnią pacjentkę z guzem w okolicy krzyżowej.* Guz istnieje od urodzenia, rósł równomiernie. W obecnej chwili ma wielkość główki noworodka. Guz o jednostajnej zbitości, jaką znajdujemy przy workach napełnionych płynem, pozostającym pod znacznem ciśnieniem; umiejscowiony jest w górnej części okolicy krzyżowej, w zagłębieniu rozszczepu kości krzyżowej. Szypuła ma szerokość 6—8 cnt. Rozpoznanie może się wahać pomiędzy potwornością (teratoma), a tarnią dwudzielną (spina bifida). Przeświecalność (próba przy demonstracji) przemawia za tarnią dwudzielną.

Kol. *Pański* pyta, czy to możliwe, by z hydrorrhachis można było tak długo żyć. Kol. *Krusche* odpowiada, że operował takie pacjentki, mające przeszło 20 lat.

Sprawozdanie z posiedzenia Zarządu, d. 23. X. 99.

I. Budżet na rok 1900:

Dochód		*Rozchód*	
Od 61 czł. składki . .	rb. 732	Lokal.	rb. 300,—
Od 5 nowych wpisowe .	„ 25	Przepisanie sprawozd.	„ 6,
% od kapitału zapas. .	„ 19	Fundusz bibljot. . .	„ 313,33
		Nieprzeprzewidziane .	„ 156,67
Razem . .	rb. 776	Razem . .	rb. 776,—

Powyższy budżet zatwierdzono.

II. Kwotę rb. 105,32 wydaną na bibljotekę po nad budżet ustanowiony na r. 1899—spłacić jednorazowo.

Uchwalono.

III. Zaasekurować ruchomości i bibljotekę Towarzystwa.

Uchwalono.

IV. Wyznaczyć pewien stały fundusz na inkasenta i posłańca

Uchwalono: Zamiast posłańca posługiwać się pocztą miejską; inkasenta przyjąć, tytułem próby, na pół roku.

V. Przypomnieć członkom Towarzystwa, mającym odczyty, a także przyjmującym udział w rozprawach, o potrzebie podawania sekretarzowi treściwych referatów; w przeciwnym razie — przy zbyt specjalnym temacie—w protokułach T-wa zaznaczonym będzie tylko tytuł odczytu lub nazwisko osoby biorącej udział w rozprawach.

Przyjęto do wiadomości.

Posiedzenie z d. 21 listopada 1899 r.

I. Kol. *Goldblum* pokazuje 30-letniego suchotnika *z gruźlicą języka.* Na środku języka owrzodzenie ($2\frac{1}{2}$ na 1 cm.); dno owrzodzenia nierówne, miękkie, na dotyk nieco bolesne; brzegi wyżarte, nierówne, podminowane. Owrzodzenie powstało w ten sposób, że przed 3-ma miesiącami wystąpił białawy punkcik; ten rósł, zamienił się na pęcherzyk wielkości grochu, który pękł, tworząc owrzodzenie. Nie jest to

owrzodzenie urazowe, bo takie są umiejscowione po brzegach, ropieją: ani też przymiotowe, bo temu przeczą wywiady, a dno owrzodzenia nie jest sadłowate; nie jest rak, bo dno i brzegi są miękkie, leży ono pośrodku, a nie z boku języka, a pacjent jest młody. Za charakterem gruźliczym owrzodzeniu przemawia: istniejące suchoty, własności dna i brzegów.

Kol. *Przedborski.* Owrzodzenie gruźlicze języka nie są tak rzadkie, jak chce Chiari. W danym przypadku nie można wykluczyć przymiotu; tylko badanie drobnowidzowe rozstrzygnąćby mogło sprawę. Przeciw gruźlicy przemawia: sposób powstania, brak gruzełków i brak dysphagiae.

Kol. *Betté.* Widział taki przypadek w klinice prof. Kosińskiego; zaburzeń połykowych nie było.

Kol. *Goldblum.* Badanie drobnowidzowe niczego nie rozstrzygnie, bo w takich przypadkach nie można odróżnić gruzełka od tworów przymiotowych. Powstanie nie będzie dziwnem, jeśli się przypuści limfatyczne pochodzenie pierwotnego guziczka. Nie zawsze bywają gruzełki. Dysphagiae niema, bo bolesność jest nieznaczna.

II. Kol. *Józef Saks.* Odczyt p. t. *150 przypadków porodów operacyjnych.* Prelegent zaznacza na wstępie, iż coraz rzadziej stosuje przepłukiwania profilaktyczne pochwy, względnie—macicy; mimo to wyniki nie są gorsze, niż przedtem. W liczbie 150 porodów operacyjnych podjęto następujące zabiegi: 1) *Kleszcze* 54 razy, w tem 24 u pierwiastek. Dzieci żywych 35, w stanie omdlenia 7 (docucono 3), nieżywych 3; w pozostałych przypadkach zakładano kleszcze bezskutecznie (przeważnie sposobem próby). Z matek jedna zmarła na gorączkę połogową. Pęknięcie krocza 1-go i 2-go stopnia w 10 przypadkach. Najczęstsze wskazanie: słabość bólów porodowych. Zakładano kleszcze na główkę nisko ustawioną, wyjątkowo na główkę ustawioną wysoko (i to tylko u wieloródek). 2) *Wymóżdżenie* 13 razy, w tem trzykrotnie przy płodzie żywym. W jednym przypadku kranioklast nie daje się mocno założyć, kilku kolegów próbuje go bezskutecznie; po ściągnięciu nóżki nie można dokończyć obrotu, druga nóżka niedostępna; próba wypaproszenia zawodzi, ultimum refugium—cięcie cesarskie (+po 16 godzinach). 3) *Wydobycie płodu za nóżki* lub pośladek 21 razy. Dz. żyw. 13, omdlałych lecz docuconych 4, płody macerowane 4. Z matek zmarła jedna (krwotok po pijawkach, przystawionych w okolicy stawu barkowego; w ciąży długotrwałe krwawienie po wyrwaniu zęba). 4) *Obrót* 24 razy: 1 na główkę—zewnętrzny, pozostałe na nóżkę, wyjątkowo na obie. Dzieci nieżyw. przed zabiegiem 3, zmarło 3. Matki wyzdrowiały wszystkie. S. wykonywa obrót zawsze ręką prawą. Przy wypadnięciu rączki nakłada na nią pętlicę. 5) *Ręczne wydobycie łożyska* 29 razy, w jednym przypadku po 3 dniach. Prawdziwe przyrośnięcie łożyska spostrzegano tylko dwa razy. Resztki łożyska usunięte trzykrotnie. Jeśli zabiegi zewnętrzne pozostają bez skutku, S. przystępuje do wydobycia ręcznego dopiero po upływie dwóch godzin od chwili urodzenia się dziecka. Prelegent owawia dalej sprawę rzucawki porodowej, łożyska przodującego i krwotoków w połogu. *Rzucawka*—5 przypadków. Leczenia objawowe (chloral, morfina, lód na głowę). Unikano zabiegów gwałtownych (accouchement forcé). Kleszcze 4 razy. Wszystkie matki wyzdrowiały, dzieci żywe. *Łożysko przodujące*—5 przypadków. Tamponowanie pochwy przy ujściu macicy nierozwar-

tem; przy otworze dostatecznym obrót na nóżkę z pozostawieniem dalszego przebiegu siłom natury lub dokonaniem ostrożnego wydobycia płodu. Dzieci zmarły wszystkie, matka jedna. *Krwotoki w połogu.* Doskonałe wyniki daje pocieranie macicy kawałkiem lodu, stosowane przez powłoki brzuszne. S. nie był nigdy zmuszony do tamponowania macicy sposobem Dürssena.

Dyskusja nad powyższym odczytem. Kol. *Kaufman.* Przy łożysku przodującem stosuję coraz częściej tamponowanie pochwy. Zalecanie obrotu, jako jedynego w tym razie zabiegu, sprawiło już dużo złego. Dokonywa się go często przy małem rozwarciu, a zatem forsownie, wydobyta zaś nóżka wystawia akuszera na wielką pokusę pociągania, której oprzeć się można tylko przy dużym zapasie woli i zimnej krwi. Tymczasem właśnie przy łożysku przodującem dolny odcinek macicy najłatwiej podlega pęknięciu. Tamponowanie pochwy, czy to jako leczenie właściwe, czy też jako zabieg wstępny przed wykonaniem obrotu, bardziej zabezpiecza rodzącą. Chciałbym zapytać kol. Saksa, czy stosuje położenie t. zw. Walcherowskie (Hängelage) przy wydobywaniu główki, zwłaszcza po obrocie profilaktycznym. Położenie to zasługuje na uwagę, gdyż wymiar prosty wchodu powiększa się przytem o 0,8—1,2 ctm. Kol. *Stankiewicz Cz.* Od dłuższego już czasu nie stosuję przy porodach przepłukiwań pochwy, nie mniej gorączka w połogu jest u mnie zjawiskiem wręcz wyjątkowem. Jeśli przy kleszczach, zakładanych u pierwiastek, na 26 przypadków tylko 10 razy zaszło obrażenie krocza, wyników takich należy powinszować. Co do mnie, nie jestem w stanie pochwalić się podobną statystyką. Przy wymóżdżeniu płodu żywego zalecają zniszczyć zgłębnikiem rdzeń przedłużony (ośrodek oddechowy) tudzież kręgowy, a nie zdarzy się nam widzieć ruchów dziecka po urodzeniu. Co do wykonywania zabiegów położniczych w kilku, wydaje mi się to niestosownem, ze względu na większe prawdopodobieństwo zakażenia rodzącej. O ile można, akuszer powinien operować sam jeden, nie ustępując miejsca drugiemu, chyba po zupełnem wyczerpaniu sił. Znakomite wyniki prelegenta przy rzucawce są godne zazdrości. Prawidło—przystępować do ręcznego wydobycia łożyska po upływie dwóch godzin, nie stosuje się chyba do przypadków, powikłanych krwotokiem, gdzie natychmiastowe wyjęcie łożyska może być wskazanem. Co do krwotoków w połogu, kilkakrotnie widziałem konieczność tamponowania macicy. W jednym przypadku (łożysko przodujące) niedowład macicy był taki, że i ten ostateczny środek nie pomógł. Aby uratować życie położnicy, dziś bym się nie zawahał przed wycięciem macicy. W końcu słów kilka o wskazaniach do operacji kleszczowej. Uderza w statystyce prelegenta, iż zakładał kleszcze najczęściej z powodu słabych bólów porodowych. Nie zaprzeczam słuszności tego wskazania, zdaje mi się jednak, że wobec głównych wskazań niebezpieczeństwa dla matki i płodu—jest ono wyjątkowem. Kol. *M. Cohn* zapytuje co do ciężkości i jakości obrażeń płodu przy operacji kleszczowej. Kol. *Saks* w przemówieniu końcowem zgadza się najzupełniej z kol. Kaufmanem co do użyteczności tamponowania pochwy przy łożysku przodującem, o czem zresztą nadmienił w odczycie. Kol. Stankiewiczowi odpowiada, iż przez wyrażenie „słabość bólów porodowych" pojmował wyczerpanie matki, przyczem i tony płodu najczęściej już bywały osłabione. Kol. *Cohnowi* w odpowiedzi, zaznacza, iż niema odnotowanych jakichś szczególnych uszkodzeń czaszki przy zabiegach kleszczowych; pamięta jednak przypadek znacznych obrażeń części miękkich główki po kleszczach Tarnier'a, założonych przez innego kolegę. Kol. *Kaufman.* Znam ten przypadek. Wina spada na fabrykanta berlińskiego. Kleszcze miały brzegi zbyt ostre; po przytępieniu, nie są powodem nowych obrażeń.

IV. Kol. *Sterling: O wczesnych objawach przewlekłych suchot płucnych.* (Będzie drukowane w „Czasopiśmie").

V. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia następujące preparaty: 1) Jaja płodowe in toto, półtrzecia miesiąca przetrzymane w macicy (missed abortion). Długość jaja 8½ ctm.; postać jajkowata. U grubszego końca doczesna podstawowa tworzy już z kosmówką zaczątek łożyska. Doczesna prawdziwa zachowana w całości, dokładnie znać ujście wewnętrzne macicy, pomiędzy dwoma małemi wyniosłościami. Doczesna

torebkowata nie zrośnięta z doczesną prawdziwą, żółto zabarwiona z powodu zwyrodnienia tłuszczowego. Kosmówka ściśle z nią spojona. Jama owodniej wypełniona płynem galaretowatym przezroczystym, z odcieniem zielonkawym. W górnej części widać pół płodu, podstawą swą, w połowie tułowia, zrośniętego z owodnią. Główka, wielkości małego orzeszka, w stanie znacznego rozmiękczenia. Liczne więzy Simonart'owskie pomiędzy płodem i owodnią. Ich skutkiem również amputacja dolnej części płodu. Jajo odpowiada trzeciemu miesiącowi ciąży, w pierwszej jego połowie. 2) Jajo płodowe 4-miesięczne. Płód zachowany *w nieuszkodzonej* owodniej, z pępowiną raz jeden okręconą w około lewego uda. W łożysku znaczny wylew krwawy, bezpośredni powód poronienia. 3) Okaz ciąży zamacicznej jajowodowej lewej (opisany w tymże N-rze „Czasopisma", str. 494).

VI. Kol. *Kaufman* przedstawia preparat *missed abortion:* jajo płodowe cztero-miesięczne, urodzone dopiero w 13-tym miesiącu ciąży. Okaz pochodzi od 42-letniej kobiety, która poprzednio rodziła na czasie 7 razy. Ostatnia miesiączka w październiku roku zeszłego. W kwietniu r. b. badana przez kol. Rundę z powodu braku ruchu płodu. Wielkość macicy odpowiadała wówczas czwartemu miesiącowi ciąży. We dwa miesiące później (d. 28. VI. 99) K. znalazł macicę powiększoną tak, jak to bywa w 3-cim miesiącu, i zalecił wyczekiwanie, gdyż ani krwawień, ani boleści nie było. Poronienie dobrowolne 14 listopada r. b. Wezwany K. znalazł całkowite jajo płodowe w postaci spłaszczonego krążka, wewnątrz ani śladu wód płodowych, ni też płodu. Widocznie, w ciągu 9-ciu miesięcy pozostawania w macicy, zarówno wody, jak płód uległy zupełnemu wessaniu. Na wewnętrznej powierzchni dużo rozmaitej wielkości wypukleń, utworzonych przez organizowane już wylewy krwi pod owodnią. Ogniska wybroczynowe również w błonie doczesnej.

Posiedzenie komitetu Sanitarno-hygienicznego z d. 28 listopada 1899 r.

Kol. *Kaufman* przedstawia projekt memorjału do władz w sprawie poprawy istniejących braków pomocy akuszeryjnej.

Dalszy ciąg obrad w tej materji odłożono do nadzwyczajnego posiedzenia w dniu 13 grudnia.

REFERATY.

Schäffer. **Zdarzenia nieszczęśliwe przy gospodarstwie rolnem.** S. przytacza kilka ciekawych spostrzeżeń:

1. Rolnik, 46-letni, spadł z gumna na klepisko; chwilę leżał jak porażony, niestraciwszy jednak przytomności; sąsiedzi odwieźli go do domu. Wciągu 3 miesięcy leżał bezwładny (był karmiony); potem chodził o 2 kijach, sypiał niespokojnie, przy nachyleniu się — mdlał. Żadnych objawów przedmiotowych (wprawdzie istniał punkt bolesny w okolicy krzyżowej, ale złamania kręgów nie było. Te objawy raz się zmniejszały, to znów powracały. Czasem zjawiało się drżenie palców ręki lewej; objawy dermatografizmu; niemożność nachylenia się, podnoszenia ciężarów; chód niepewny; po dłuższem siedzeniu—trudność powstania i chodzenia; stan przygnębienia moralnego. Badanie przez kilku wybitnych lekarzy doprowa-

dziło do rozpoznania nerwicy urazowej. Po sześciu latach (podczas których poszkodowany pobierał 100%—z początku, i 50%—następnie, renty) objawy powoli ustępują, chory czuje się coraz lepiej.

2. Rolnik, 69-letni, upadł z dwoma wiadrami wody; czas jakiś leżał nieprzytomny, potem długo nieopuszczał łóżka. Przedmiotowo stwierdzono stłuczenie biodra prawego. Od tego czasu wyraźnie się zestarzał, głowa i ręce drżą nieustannie, często wybucha płaczem bez przyczyny; nieustanne parcie na urynę, osłabienie pamięci, wzroku, słuchu. Badanie dna oka okazuje bladą tarczę; silne zwężenie pola widzenia. Jednocześnie brak przedmiotowych objawów choroby układu nerwowego ośrodkowego (długotrwałe spostrzeganie). Uznano nerwicę urazową i rentę.

3. Parobek spadł z dachu stodoły na klepisko. S. rozpoznał złamanie poprzeczne rękojeści mostka i złamanie piątego kręgu szyjowego. Zastosowano: spokój, lód, morfinę; zalecono oddawanie moczu i kału do basenu i podtrzymywanie głowy podczas tych aktów. Nazajutrz zgon: posadzono go na nocnik, przyczem głowa opadła na bok i, rzecz prosta, rdzeń został rozdarty.

4. Rolnik, 46-letni, spadając z drabiny, uchwycił się lewą ręką za szczebel i tak zawisł. Przy badaniu znaleziono: zwichnięcie obojczyka w stawie łopatkowym: opatrunek Sayre'a; unieruchomienie. Wyzdrowienie po 14 dniach. Przy lekkiej pracy zwichnięcie powraca, jakkolwiek w mniejszym stopniu, i trwa do dziś.

5. 6. Dwa przypadki złamania kręgosłupu z zejściem pomyślnem.

7. Dziewka od krów uderzyła się biczem w twarz. Po 14 dniach zgłosiła się do autora z wyraźnym objawem porażenia nerwu twarzowego. Dwa dni później S. został do niej telegraficznie wezwany i zastał rozwinięty obraz tężca przyrannego. (Wyzdrowienie).

8. Nałogowy pijak, starzec, musiał z powodu uderzenia w nogę przeleżeć w łóżku parę tygodni; w ciągu tego czasu rozwinęło się uparte rozlane zapalenie oskrzeli; przyznano mu rentę (niewielką), ponieważ owo długotrwałe leżenie w łóżku osobnika starego uznano za przyczynę cierpienia oskrzeli. (Przypadek ciekawy ze względu na ocenę związku urazu z podstawą do otrzymania renty, w Niemczech.

Jako szczególnie ważne powikłania wypadków nieszczęśliwych przy pracy na roli podaje S.: *wąglik*, *tężec*, *ulcus serpens*, *lymphangitis*, *promienicę*.

(Monat. f. Unfallheillk. 1899. № 9).

Eberson. **O położeniu ciała chorych i zdrowych.** Leżenie na wznak jest źle znoszone przez osoby cierpiące na uczucie zmory, kołatanie serca, wady serca, zapalenia osierdzia, opłucnej, płuc (jednostronne), niektóre nowotwory śródpiersia, rozedmę płuc, rany płuc i opłucnej. Chorzy na zap. płuc i zap. opłucnej suche powinni tak leżeć, by chora część klatki piersiowej nie była obciążona; chorzy z zap. opłucnej wysiękowem tak — by płuco zdrowe było wolne od ucisku.

Bezwzględnie wskazane jest położenie na wznak: 1) Położnicom wciągu pierwszych 8—10 dni. 2) Przy krwotokach z płuc, żołądka, kiszek, macicy; z głową nieco opuszczoną. 3) Przy udarze mózgowym. 4) Przy ciężkich cierpieniach żołądka i kiszek (przy wrzodzie żołądka tylko wtedy, jeśli ten nie leży na tylnej ściance ż.). 5) Gościec stawowy ostry. 6) Zap. otrzewnej; pod kolana podsunąć walcowatą poduszkę. 7) Obustronne zap. płuc i zap. opłucnej. 8) Zap. opon mózgowych. 8) Zemdlenia, niedokrwistość; położenie płaskie. 10) Z uniesieniem ku górze—przy astmie, rozedmie, mechanicznych przeszkodach oddychania wskutek ciał obcych w tchawicy, przy dławcu i t. p.

Bezwzględnie przeciwskazane jest położenie na wznak: 1) Przy opadowych i obrzękowych sprawach w płucach. 2) Przy urazowej lub patologicznej rozedmie podskórnej klatki piersiowej. 3) W niektórych przypadkach chorób serca.

Położenie na brzuchu jest zawsze szkodliwe, bo utrudnia oddychanie.

Położenie na prawym boku jest wskazane: 1) Przy zapaleniu opłucnej i pleuro-pneumonji lewostronnych. 2) Przy zap: opłucnej prawostronnem. 3) Przy kamicy żółciowej; nerwobólu i ropieniu wątroby. 4) Najracjonalniejsze ułożenie dla śpiących ludzi zdrowych. Jest ono przeciwskazane: 1) Przy przeroście serca. 2) Przy zap. osierdzia.

Położenie na lewym boku jest wogóle nieracjonalne, ponieważ serce jest przyciśnięte do klatki, a wątroba zmieszczona na lewo. Szczególnie szkodliwem jest ono przy neurastenji, hysterji, kołataniu serca. Wskazanem ono być może przy ruchomej nerce lewej.

Ztsch. f. Krankpfl. XX. 5. *S.*

Wertheimber. **Pielęgnowanie chorych na krztusiec.** 1) Chory ma do rozporządzenia 2 pokoje, z których jeden jako sypialnię. Co 3 godziny zmienia pokój; wtedy drugi jest przewietrzany. Ciepłota pokoju wynosić powinna we dnie 15° R. (dla rocznych dzieci 16° R.), w nocy — 10 do 12° R. 3) Opalać pokoje wolno tylko drzewem. 4) Dbać, by oświetlenie nie psuło powietrza. 5) Usunąć dywany, portjery i inne zbiorniki kurzu. 6) Prócz chorego ma w pokoju przebywać wyłącznie pielęgarka. 7) Plwociny zbierać do 5% kw. karbol. lub 1% lizolu.

W lecie—cały dzień na powietrzu, nawet przy gorączce. Zmiana miejsca pobytu przynosi ulgę dopiero po 3-im tygodniu okresu konwulsyjnego; nieraz zmiana mieszkania, o piętro lub dwa wyżej, działa pomyślnie. Oszczędzać choremu wzruszeń moralnych. Narzucanie pokarmu przez dziecko nielubianego, przepełnianie żołądka, zaparcie, flatulentia—zwiększają liczbę napadów. Unikać pożywienia drażniącego gardziel: kruszącego się pieczywa, drobniutko siekanego mięsa, poziomek; jadać często — małe porcje. Wkrótce po zwymiotowaniu — dać znowu pożywienie. Słodycze są przy krztuścu przeciwskazane. Zdaje się, że parę łyżeczek czarnej kawy i minimalne ilości wyskoku zmniejszają skłonność do wymiotów.

(Ztschr. f. Krankpfl. XX. 3).

Lüthje. **Odżywianie podskórne.** Autor zebrał spostrzeżenia w tej sprawie czynione w klinice Leydena.

Zadanie odżywiania drogą podskórną nie jest wcale rozwiązanem, ponieważ dotąd nie można wprowadzić tą drogą składników odżywczych w takiej ilości, by pokrywały potrzeby organizmu. Zaś białkanów wcale tą drogą stosować nie można: sernika, albuminy — ponieważ brak tam zaczynów, któreby je uczyniły wchłanialnymi; albumozy, peptonów — ponieważ zachowują się wtedy, jak trucizny; innych przetworów białkowych — ponieważ nie mogą ulec (przed zastrzyknięciem) niezbędnemu odkażeniu.

Roztwory cukru (10—20%) powodują ból, zapalenia, nawet martwicę, tkanki podskórnej. Jednak w klinice Leydena stosują 10% roztwór cukru, a nieprzytomnym—15%; na dobę zastrzykują 50—100 gr. cukru gronowego (pokaźna ilość ciepłostek!). Dodanie kokainy, ortoformu—bolesności nie zmniejsza.

Stosowanie podskórnie olejku kamforowego natchnęło Leubego myślą stosowania w celach odżywczych podskórnie tłuszczów. Doświadczenia na

zwierzętach przekonały go racjonalności tego pomysłu. Tłuszcze dają się wyjaławiać, nie drażnią, nie wywołują bólów. W klinice Leydena wprowadzają pod skórę 200—300 g. oliwy na dobę za pomocą strzykawki 10-centymetrowej (lub igły z lejkiem), której zawartość zastrzykuje się w trzech różnych miejscach ciała. Zastrzykiwanie wykonywać należy wolno, bez uciskania; rankę po nakłóciu zalać kolodjum.

Stale stosować odżywiania podskórnego niepodobna, choćby z tego powodu, że białkanów tą drogą wcale wprowadzać nie możemy. Wskazanie do czasowego stosowania tej metody, głównie zastrzykiwania oliwy (resp. oleju sezamowego najlepszego) są: 1) obłąkanie (odmowa przyjmowania pokarmów); 2) wymioty histeryczne; 3) dur z przedziurawieniem kiszek; 4) gruźlica krtani z biegunką; 5) dyzenterja; 6) niektòre przypadki uporczywych zapaleń odbytnicy; 7) pedatrofja ssawców. *S.*

(Ther. d. Gegenw. V. 99).

KRONIKA.

Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Dr. Michał Borysiekiewicz,

profesor okulistyki w Gracu, zmarł tamże dnia 18 Września bież. roku. Rusin, urodzony w Galicji 1848 roku, przechodził szkoły w Stanisławowie i Tarnopolu. Medycynę studjował w Wiedniu. Od 1872 roku pracował pod kierunkiem prof. Arlta a następnie Stellwaga. W 1880 habilitował się na docenta okulistyki. W 1887 r. powołany został na profesora do Insbruku, a w 1892 przeniesiony do Gracu. Pisał przeważnie po niemiecku. Z liczby prac jego ważniejsze są: *Pemphigus conjunctivae vulgaris (cachecticus)*; *Beiträge zur Extraction des grauen Staares der Erwachsenen; Ophthalmoscopische Beobachtungen* i t. d. *Stäbchenorgan der Retina; Netzhautpraeparate* i inne.

Zmarły cieszył się opinją zdolnego operatora, dobrego kolegi i kochającego młodzież profesora.

S. p. Dr. Wincenty Kudyrko.

Nieubłagana śmierć znowu wyrwała z naszych szeregów jedną z najbardziej sympatycznych, dzielnych i utalentowanych postaci. 16 listopada zmarł we Władysławowie, gub. Suwalskiej, Dr. Wincenty Kudyrko w sile wieku męzkiego, bo zaledwo w 41 roku życia.

Smutne nad wyraz były koleje życia przedwcześnie zgasłego kolegi; pochodząc z zamożnej włościańskiej rodziny litewskiej, zmarły od kolebki przeznaczony był do stanu duchownego i w tym celu oddany do gimnazjum w Marjampolu, zkąd po ukończeniu 5 klas zgodnie z wolą rodziców wstąpił do seminarjum duchownego w Sejnach; przekonawszy się, po dwuletnim tam pobycie, że do kapłaństwa niema powołania, zmarły wstąpił napowrót do gimnazjum, witany z całą

serdecznością tak przez kolegów, jak i całe ciało nauczycielskie. Odtąd jednak życie jego zaczyna iść po grudzie. Zawiedziona w swoich nadziejach rodzina odmawia mu wszelkiej pomocy materjalnej. Ta okoliczność nie zraża go, owszem — zagrzewa do pracy, której się też oddaje z całym młodzieńczym zapałem i lekcjami zdobywa środki do życia; po ukończeniu gimnazjum, z kilkudziesięcioma uciułanemi, podczas wakacji, rublami, jedzie do Warszawy i zapisuje się na wydział lekarski, który również o własnych siłach ukończył. Praca jednak była nadmierną, gdyż literalnie bez chwili wytchnienia; wakacje dla zmarłego nie istniały, bo by trzeba było z głodu umierać; w owe czasy społeczeństwo nasze mniej było wrażliwe na dolę studencką, redakcje składek na nas nie zbierały, a mecenasów młodzieży bodaj żeśmy nigdy do zbytu nie mieli, zwłaszcza ci z nas, co, nie posiadając pewnego sprytu życiowego, biedę swoję, starannie ukrywali. A do takich ś. p. Kudyrko bez zaprzeczenia w pierwszym rzędzie należał; gdy nie było co jeść, zostawała jeszcze piosenka, którą sobie przygrywając, głód opędzał. I schodziły tak lata całe, aż wreszcie nadszedł czas wyzwolenia: zmarły — w roku 1889 uzyskał upragniony dyplom, ale z nim razem zdobył sobie i początki gruźlicy. A leczyć się nie było za co — trzeba było pracować na chleb, więc osiedla się jako lekarz wolnopraktykujący w stronach rodzinnych, by tu wśród swoich i dla swoich pracować tak, jak mu to bezgraniczna miłość ludu swojego nakazywała. Nic przeto dziwnego, że w krótkim czasie zdobywa sobie miano zdolnego lekarza i najlepszego człowieka; praktyka rośnie, coraz większe powodzenie wszystkich sfer go otacza — a siły . . . powoli ubywają. I zaczyna się pasowanie rwącego się do czynów życia z nieubłaganą chorobą, która coraz częściej przykuwa go do łoża, aż nareszcie zmusza do zaniechania pracy zawodowej. Ale i wtedy znękany już chorobą, bezsilny, świadomy coraz to szybszymi krokami zbliżającego się końca, jeszcze nie ustaje w pracy literackiej, bądź to pisząc oryginalne utwory, bądź też przekładając obce.

Tak żyć mogą tylko jednostki, przerastające o wiele ogół przeciętnych śmiertelników: do takich właśnie zmarłego kolegę zaliczyć wypada. Hasłem jego było służyć w miarę, a raczej nadmiarę, sił swemu ludowi i został też hasłu temu wierny aż do końca swego acz krótkiego, ale jakże pięknego życia.

Wdzięczną też pamięć zaskarbił sobie wśród współbraci siermiężnych, a i potomni imię jego niezatartemi zapiszą zgłoskami. Niechże ta ziemia, którą tak ukochał, lekką mu będzie! Niech świerki poważne nucą mu po wszystkie czasy dziękczynne, smętne, piosenki.

Zastanawiając się nad świeżo poniesioną stratą, mimowoli do smutnych przychodzimy refleksji: oto umarł w sile wieku człowiek niepowszedni, który przez długie jeszcze lata mógł z wielkim pożyt-

kiem pracować na chwałę całego stanu lekarskiego, dla dobra ludu. Przedwczesną zaś śmierć zawdzięczyć należy jedynie brakowi wszelkiej organizacji wśród nas—z jednej strony, z drugiej zaś obojętności szerokich warstw społeczeństwa na dolę najlepszych swych synów.

Gdybyśmy, lekarze, skupili się pod hasłem wspólnego dobra w ścisłe szeregi, gdybyśmy posiadali środki pomocy wzajemnej, możebyśmy nieraz podobnym katastrofom zapobiedz zdołali! A ogół! Gdyby on był czujniejszy na życie swych najbardziej wybitnych, a tak często, niestety, zapoznawanych przedstawicieli, nie ginęliby nam przed czasem Podkowińscy, Kurzawy, Kudyrcy i tylu-tylu innych!

Franciszek Grodecki.

— „Nowiny lekarskie“ będą wychodziły w r. 1900-ym jako dwutygodnik, przy zwiększonej liczbie członków redakcji.

— Założone przez Towarzystwo Lekarskie Łódzkie, z inicjatywy i staraniem kolegi Władysława Pinkusa, Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej w Łodzi, rozpoczęło swe czynności w dniu 1. Grudnia r. b.

— W Warszawie założono „Kasę oszczędnościowo-pożyczkową lekarzy.“

— W ciągu grudnia r. b. odbędzie się po raz pierwszy kurs wakacyjny dla lekarzy, w Krakowie. Kurs trwać będzie cztery tygodnie (26,XI—23,XII) i obejmie następujące wykłady: 1) Doc. Dr. Kryński — Kurs operacji chirurgicznych na trupach, ze szczególnem uwzględnieniem jamy brzusznej. 2) Doc. Dr. Łepkowski — Kurs plombowania i wyjmowania zębów. 3) Doc. Dr. Korczyński — Metody ściślejszego badania klinicznego (mikroskopja i chemja). 4) Doc. Dr. Sroczyński — Kurs wziernikowy chorób oka. 5) Doc. Dr. Raczyński — Ćwiczenia w dyagnostyce chorób dzieci. Szczegółowo błonica i jej leczenie. Ćwiczenia w intubacji. 6) Doc. Dr. Nowak — Kurs praktyczny bakterjologji. 7) Doc. Dr. Ciechanowski i Doc. Dr. Nowak — Histologja patologiczna. 8) Doc. Dr. Ciechanowski — Ćwiczenia w sekcjach patologicznych.

Doc. Dr. Baurowicz ogłosił kurs chorób górnego odcinka dróg oddechowych, oraz chorób narządu słuchowego, na 20 lipca — 31 sierpnia 1900 r.

— Nakładem „Czasopisma“ wyszedł przekład dzieła prof. M. Mendelsohna p. t. „Pielęgnowanie chorych.“ Cena rub. 1, kop. 80. Treść: Od wydawców. Przedmowa. Pielęgnowanie chorych. Działanie na odżywianie. Działanie przez czystość. Środki usuwające ból. Działanie na sen. Działanie na ciepłotę ciała. Działanie na serce. Działanie na wypróżnienie. Działanie na oddawanie moczu. Działanie na wykrztuszanie. Działanie na wydzielanie potu. Działanie na powierzchnię ciała. Działanie na sferę płciową. Zabiegi przy tamowaniu krwi. Zakończenie.

Rysunków w tekscie 105.



Skorowidz.



Skorowidz autorów.

Komitet Redakcyjny: J. Bireneweig, B. Handelsman, K. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, C. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. J. Koliński. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 3-го Декабря 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.

Spis rzeczy.

I. Medycyna praktyczna.

II. Hygjena.

III. Sprawy zawodowe.

IV. Towarzystwa Lekarskie. Zjazdy. Wystawy.

V. Szpitale.

VI. Referaty.

VII. Wiadomości drobne.

VII. Kronika.

IX. Wspomnienia pośmiertne.

X. Krytyka i bibliografja.

